



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA QUE  
PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y DIABETES  
MELLITUS COMO ENFERMEDADES CONJUNTAS.

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA:  
MAGDA LORENA MONROY URIBE.

DIRECTORA ACADEMICA:  
Mtra. Teresa Sánchez Estrada.

México; D.F octubre, 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **DEDICATORIAS:**

A mi esposo por compartir conmigo satisfacción y frustración,  
por siempre apoyarme incondicionalmente y animarme a  
perseguir mis sueños.

***Para ti Christopher por ayudarme a ser mejor persona  
cada día.***

A Morgan por brindarme tanta felicidad con su presencia.

A mis padres por el ejemplo de lucha y dedicación que han  
mostrado en todos los momentos de mi vida.

## **AGRADECIMIENTOS:**

**A la Maestra Sofía Sánchez Piña.**  
Directora del proyecto de  
Red TAES-ENEO

**A la Doctora Angélica Ramírez Elías**  
por introducirme en el arduo  
trabajo de la investigación.

**A la Dra. Fátima Luna López**  
por la confianza y apoyo  
en la práctica clínica.

**A la Jurisdicción Sanitaria  
de la Delegación. GAM**  
Por reconocer mi participación  
en la lucha contra la tuberculosis  
y por la información  
que me fue facilitada.

## Índice:

I.-RESUMEN.....	Pág.01
II.-INTRODUCCIÓN.....	04
III.-JUSTIFICACIÓN.....	10
3.-MARCO TEÓRICO.....	06
3.1.-ANTECEDENTES	
3.2.-CALIDAD DE VIDA.....	11
3.3.-RED TAES.....	27
3.4.-TUBERCULOSIS.....	34
3.5.-DIABETES MELLITUS.....	45
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
5.-OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	49
6.-HIPÓTESIS DIRECCIONAL	
7.-VARIABLES	
7.1.-DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	
7.2.-VARIABLES CON INDICADORES.....	53
7.3.-CRUCE DE VARIABLES.....	56
8.-DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.....	58
8.1.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	
8.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	
9.-DISEÑO DEL ESTUDIO	
9.1.-UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL	

9.2.-MUESTRA.....	59
9.3.-CAPTACIÓN DE DATOS	
9.4.-ANÁLISIS DE LA INTERPRETACIÓN DE DATOS	
10.-CRONOGRAMA.....	60
11.-RECURSOS.....	61
12.-ÉTICA DEL ESTUDIO	
13.-RESULTADOS TABULARES Y GRÁFICOS.....	63
13.1.-RESULTADOS.....	142
IV.-CONCLUSIONES.....	147
V.-SUGERENCIAS.....	152
VI.-BIBLIOGRAFÍA.....	153
ANEXO 1	

## **I.-RESUMEN:**

Actualmente un alto número de casos con diabetes mellitus padece tuberculosis pulmonar como enfermedad conjunta, sin embargo se desconocen los factores de riesgos en la calidad de vida que predisponen la incidencia de padecer ambas enfermedades. Este trabajo es realizado con el fin de determinar si la diabetes mellitus con diagnostico de 5 años es un factor de riesgo para desarrollar TB pulmonar e identificar los factores de riesgo (la edad, genero, nivel socioeconómico, nivel educativo) que se asocian a la incidencia de TB pulmonar y Diabetes mellitus como enfermedades conjuntas.

El estudio es de tipo observacional y descriptiva, retrospectivo transversal y la muestra fue tomada por muestreo aleatorio simple, el instrumento de investigación consta de 51 ítems con las variables, Nivel educativo, problemas de salud hábitos de vida, calidad de índice de vida. Preguntas cerradas y abiertas datos generales y domicilio según AGEB

Se realizo en la encuesta 26 de los pacientes que acudieron al C.S Gabriel Garzón Cossa con diagnostico de DM mayor de 5 años, que presentaron síntomas de tos con expectoración.

No se entrevistaron aquellos pacientes que se negaron al estudio. La toma de datos se realizo en las instalaciones del centro de salud, así como en algunos domicilios no sin antes pedir autorización a dicha institución y a los pacientes, se obtuvo consentimiento informado y se garantizo la confiabilidad de los resultados, se les informara de los resultados si así lo requieren los participantes y no se incluyeron aquellos que no estén en condiciones físicas o emocionales de responder, no se daño a nadie con el estudio y los resultados son confidenciales anónimos y son utilizados con fines que la investigación conviene.

80.8% de la población fueron mujeres y un 19% hombres, las amas de casa ocupan un 65.4%, la población en un 50% tiene más de 65 años, el porcentaje

más alto fue de 26.9% con primaria completa. Mas del 50% de la población no refiere ningún síntoma característico o asociado con la tuberculosis, tal como, sudoraciones nocturnas fiebres altas, pérdida de peso, pérdida de apetito,

Ninguno con hemoptisis, un promedio de 2.62 visitas al médico por haber estado enfermo, casi un 50% de la población no tiene ninguna actividad física, de igual forma no llevan ningún régimen alimenticio para controlar su diabetes, cerca del mismo número de entrevistados solo se controla con medicamento, poco mas de la mitad de la población entrevistada acude a su consulta para controlar sus niveles de glucosa de 1 a 2 veces al mes, los servicios de salud satisfacen en un 46.2%, los paciente encuentran satisfacción en los cambios que tiene que realizar a causa de la diabetes en un 50.0%.

La satisfacción con la habilidad para respirar sin problema fue de un 53.8%. Un 92.3% de los entrevistados opino que la salud es muy importante, 84.6% también opino que los cambios que tienen que hacer a causa de la diabetes son muy importantes. Nuestros entrevistados en un 88.5% refirieron darse importancia a sí mismos. Un 65.4% por un nivel medio de marginación de acuerdo al AGEB

En la población predominaron las mujeres amas de casa que terminaron su primaria, con descontrol en sus niveles de glucosa al menos una vez por mes, los problemas de salud más comunes en la población fue de dolor de cabeza y tos sin expectoración, la fiebres y sudoraciones poco recurrentes, así como la pérdida de peso y de apetito, lo que indica que nuestros entrevistados no presentan ningún síntoma contundente para sospechar de tuberculosis pulmonar, a pesar de que sus controles de glucosa en sangre son poco frecuentes y sus visitas al médico para su revisión de igual forma,

Los entrevistados manifiestan sentirse en general satisfechos con su control de glucosa, con la energía que tienen para realizare actividades y con su vida en general, a pesar de no tener un buen régimen alimenticio que conforme a dieta

para un diabético la mayoría de la población controla sus niveles de glucosa con medicamento, en este caso las posibilidades de padecer tuberculosis aumentan por no tener un buen control en los niveles de glucosa, el sedentarismo y el consumo de tabaco no fueron tan marcados en nuestra prueba, sin embargo la población que quedo dentro del bajo rango aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades pulmonares como la tuberculosis debido a sus hábitos de vida.

En general, la calidad de vida para nuestros participantes es satisfactoria y su salud es muy importante, el nivel de marginación donde se encuentra ubicados los domicilios de los entrevistados tiene un nivel medio según y esto representa la disminución de factor de riesgo de padecer tuberculosis por el medio en el que se desenvuelven.

Las complicaciones que sufren los pacientes con diabetes mellitus al padecer tuberculosis pulmonar como enfermedad conjuntas afecta su calidad de vida y deja secuelas irreparables en el paciente, esto debido al abandono o un mal control del tratamiento. Se debe fomentar al paciente que acude el primer nivel de atención para que su tratamiento sea el adecuado y aplicar programas con recomendaciones constantes y educación a la salud para evitar el retraso en el diagnóstico y los factores de riesgo para contraer tuberculosis como enfermedades conjuntas.

## **II.-INTRODUCCIÓN:**

Este trabajo se realizó con el propósito de analizar en una pequeña muestra de una población de pacientes con diabetes mellitus con diagnóstico de 5 años, y sus regímenes de vida y si existiera la posibilidad de que ellos experimentaran factores de riesgo para padecer tuberculosis pulmonar, como enfermedad conjunta aun sin saberlo.

Ambos padecimientos han sido estudiados individual y conjuntamente, la razón fisiopatológicamente hablando es conocida y se han tratado casos en base a ello. Sin embargo el evaluar algunos otros factores que pueden parecer subjetivos y muy indirectos para el estudio con enfoque de salud, también los he considerado importantes para poder encontrar una causa más contundente del porque los pacientes con diabetes mellitus pueden padecer tuberculosis pulmonar con mayor facilidad que los no diabéticos y porque sus hábitos y costumbres de salud influyen de manera directa para el contagio por esta enfermedad.

A los pacientes se les cuestiono sobre su estado físico y emocional alrededor de su principal padecimiento, con el propósito de identificar y evaluar el grado de satisfacción y la importancia de su propia salud que dicha población experimenta y que pudiera mermar el bienestar según sea el caso.

Aquí se plantea que el estado anímico es muy importante para mantener un nivel importante de buena salud y de no ser así analizaremos que tan riesgoso puede ser para el bienestar de nuestros pacientes.

La prevención en tuberculosis como en muchos de los padecimientos es de vital importancia y una forma de involucrar a los pacientes a conservar su calidad de vida es aportando información para que el individuo reconozca su propio

estado anímico, de sus deseos y necesidades por medio de nuestro instrumento de evaluación y conseguir que tengan mejores aspiraciones para su bienestar físico y emocional.

### **III.-JUSTIFICACION:**

El incremento a nivel mundial que tienen ambos padecimientos ha sido sorpresivo para nuestras comunidades. Solo en México se promedia 28,828 casos de TB y la cuarta parte de ellos se relacionan con casos de diabéticos y otros padecimientos. Claramente la Tuberculosis retoma un gran problema de salud pública a nivel global, mas si pensamos que las tazas de diabetes van en aumento, habría que establecer claramente la relación que existe entre estas dos.<sup>1</sup>

En el pasado dicha relación fue muy reconocida y mucho se ha tratado sobre ella, sin embargo fue por completo ignorada ya que se pensaba se tenía un tratamiento adecuado propiciando, así que se manifestaran recaídas de un 5.3% en dichos pacientes. Lo cual nos indica que está muy lejos de ser erradicada.

En México, las cifras en casos de tuberculosis van en aumento debido a varios factores que tiene que ver con estados socioeconómicos, atención medica, estilos de vida, pero sobre todo al incremento en enfermedades agregadas. Si bien se pensaba que los pacientes con VIH/Sida pudieron haber sido los más propensos a padecerla, actualmente los registros van cambiando y se enfocan a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que también tiene alta propensión a padecer Tuberculosis.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> ALMA-ATA, "Salud para todos" 25 OPS, Washington DC, Estados Unidos de América, 2003.

<sup>2</sup>PEREZ ADRIANA, "Association between Tuberculosis and Diabetes Mellitus in the Mexican border and non-border regions of Texas" Am, J. Trop, Hyg.74 (4) 2006 pp. 605.

En el Distrito Federal, la delegación Gustavo A. Madero cuenta con la cuarta parte en casos de tuberculosis, (estadísticas GAM, 2007) los cuales un gran porcentaje son diabéticos. De aquí que una de las principales problemáticas de dicha zona, sea la difusión de información y el manejo de estos pacientes que si bien se tiene un amplio conocimiento de la relación epidemiológica padecer Diabetes Mellitus y tuberculosis.

Este análisis se llevara a cabo con el fin de establecer una evidente relación entre Tuberculosis Pulmonar y Diabetes Mellitus en pacientes que asisten a un primer nivel de atención y cuyos diagnósticos oportunos pudieran prever tanto al paciente de sufrir complicaciones por dichas enfermedades así como, disminuir el riesgo de contagio entre los mismos. Asegurando la posibilidad de que el paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tenga la oportunidad de reconocer signos y síntomas de la tuberculosis oportunamente y evitar factores de riesgo, por medio de dar a conocer los resultados de dicho estudio a las autoridades competentes, tratando de que estos últimos sean de valor en la implantación de programas enfocados a la población con Diabetes Mellitus y con riesgo y/o con un diagnostico agregado de Tuberculosis en la jurisdicción sanitaria correspondiente de la delegación Gustavo A. Madero.

### **3.- MARCO TEORICO:**

#### **3.1.-Antecedentes**

Es bien sabido por estudios ya realizados que Diabetes Mellitus\* (DM) es un factor de riesgo para padecer Tuberculosis (TB)). En un concepto holístico, los individuos mantienen relación con su entorno el cual es fundamental para el proceso salud enfermedad de los mismos. Existen variables de vida las cuales nos manifiestan de forma muy certera la importancia de incluirlas en nuestro haber cotidiano para ampliar nuestro panorama epidemiológico.

La asociación DM y TB fue reconocida en el siglo XX hasta estos últimos años se analiza cuales son los factores extrínsecos que aumentan el riesgo de padecer Tuberculosis en pacientes con DM.

Se dice que esta asociación prevalece en comunidades o poblaciones de escasos recursos y en comunidades donde hay alto número de incidencias en casos de tuberculosis.

El nivel socioeconómico es un factor fundamental para el padecimiento de TB. El predominio TB por casos en personas que viven por debajo de la media prevaleciente o bien niveles económicos medios o bajos, todavía son muy notables.

A ellos se les añade los indigentes y las personas con déficit nutricional. <sup>1</sup>

Los pacientes entre 25 y 54 años de edad componen la tasa más alta en pacientes con TB y el 25.5% de ellos se refieren a pacientes con Diabetes Mellitus. Existe una notable asociación en hombres o individuos del sexo masculino en edad media. (2)

En pacientes con DM el estilo de vida es fundamental ya que pueden acelerar el proceso de desarrollar la TB en comparación con alguien que no padece DM.

---

<sup>1</sup> PABLOS-MENDEZ, ARIEL. "The rule of Diabetes Mellitus in the higher prevalence of Tuberculosis among Hispanics"; Vol. 87 Num. 4 American Journal of Public Health 1997, pp. 574.

\* De en adelante nos referiremos a Diabetes mellitus como DM y a Tuberculosis como TB.

<sup>2</sup>PEREZ ADRIANA, et al. 605.

Observando un predominio de la enfermedad en diabéticos tipo I y II con complicaciones o mal controlada. Además de dicha enfermedad algunos registros marcan que son pacientes en un 85% que han padecido por más de 5 años DM.

El riesgo a que dichas enfermedades presenten complicaciones se incrementa con el comportamiento o los estilos de vida de cada uno de los individuos presente. Además de la DM algunos otros signos como VIH, toxoplasmosis, insuficiencia renal, (uso de alcohol y drogas ilegales) agravan el pronóstico de padecer TB.

Las infecciones pulmonares en diabéticos son caracterizadas por alteraciones en el sistema inmunológico a nivel global y localmente en el pulmón, afectando a la función respiratoria, al epitelio y la movilidad ciliar.

La mortalidad en pacientes diabéticos por infección pulmonar en fase terminal con enfermedad renal supera en más de 10 caso en la población en general.

La importancia de la hiperglucemia tiene que ser enfatizada como la causa de alteración en las defensas del huésped y consecuentemente incrementa la susceptibilidad de infecciones.<sup>2</sup>

La hiperglucemia crónica puede ser de forma absoluta o relativa la causa de las deficiencias de insulina que caracterizan las alteraciones en el metabolismo de los pacientes con diabetes Mellitus.

La insulina es un importante transportador de los procesos anabólicos. La magnitud y duración de la hiperglucemia está fuertemente ligada con los problemas de la microvascularización y las complicaciones neurológicas.

---

<sup>2</sup> SPOMENKA LJUBIC, "Pulmonary Infections in Diabetes Mellitus". Vuk Vrhaoc Institute University Clinic for Diabetes Endocrinology and Metabolic Diseases , 2006 pp 115, 116

La presencia de estas complicaciones aumenta el riesgo de infecciones. Dicha predisposición a la infección puede ser las bases para activar mecanismos que deterioren y destruyan los procesos celulares del pulmón.

Un sustancial número de funciones de neutrofilos y macrófagos son mermadas: quimiotaxis, adherencia, fagocitosis (pueden ser poco afectadas), y la habilidad para fagocitar los microorganismos. Se reduce la función intracelular para matar microorganismos en los radicales libres, formando peróxidos, la función pulmonar se ve mermada. La aparición de radicales libres depende de la presencia de fosfatonicoadeninadnuclotida, (NADPH). NADPH es normalmente generada en el intercambio de hexamonofosfato. Entre más glucosa entra en la célula (hiperglucemia, diabetes Mellitus), mas será metabolizada por la vía del poliol. La enzima reductora de la aldosa, la cual está implicada en la vía del poliol para el metabolismo de la glucosa, también necesita NADPH. Debido a esto la competencia por NADPH, la producción de radicales libres (combustión respiratoria) y la actividad macrófaga se ven reducidas.

Es importante observar que el tratamiento con inhibidor de los reductores de aldosa, incrementan la actividad de los neutrofilos para fagocitar microbios, sin embargo los estudios aun no son suficientes.

En niveles Séricos (25% de los diabéticos tiene bajo CD4 y linfocitos T4 son reducidos en la diabetes. Las alteraciones en linfocitos T incluyen relativas reducciones en auxiliares de linfocitos T, los que podrían ayudar al sistema inmunológico en contra de la infección.

Como una respuesta a la infección y la baja de citoquina, la resistencia de la insulina ocurre en tejidos periféricos, elevando los niveles en sangre como resultado. <sup>4</sup>

1

---

<sup>4</sup> SPOMENKA LJUBIC, et al. 115

La hiperglucemia frena un rango importante en las funciones de los monocitos y macrófagos. Esto es importante para la reducción de piógenos y bacterias. Adherencia y fagocitosis depende de que específicas moléculas sean reconocidas como bacterias, incluyendo las glucoproteínas de estas, para que IgG produzca una respuesta inmune a la infección. El movimiento de las células fagocíticas de los lugares de infección es generalmente mermado en la diabetes pero se incrementa llevando un control de la glucemia. <sup>4</sup>

La presencia de una saludable microcirculación es esencial en ciertos casos de infección. La alteración en la función del endotelio capilar, la rigidez de los glóbulos en la sangre y los cambios en la curva de producción de oxígeno, ocurren como resultado de un hiperglucemia crónica, y son los factores que inhabilitan al huésped para combatir infecciones.

No es extraño pensar que las complicaciones en pacientes diabéticos por infecciones estén más en riesgo de padecerlas y por más tiempo que en las personas no diabéticas. Las reducciones en los niveles de oxígeno a los tejidos como resultado de los cambios microvasculares los predispone a las infecciones causadas por microorganismos anaerobios los cuales crecen mejor bajo estas condiciones.

El comienzo de la diabetes pulmonar no es más común en diabéticos que en la población en general. La tuberculosis pulmonar es común que acompañe a la diabetes y la causa es la resistencia de la insulina y la fragilidad. Igualmente la incidencia de diabetes se presentó en pacientes con tuberculosis pulmonar con mayor frecuencia que en la población normal. En algunas partes del mundo donde la tuberculosis es endémica, las proporciones son mayores de las esperadas en pacientes con diabetes. Cuando las personas con diabetes no responden a un buen tratamiento, deberían atenderse para asegurar que no padecen tuberculosis, debilidad, sudoraciones y pérdida de peso son comunes en el caso de diabetes y tuberculosis. La presencia de anorexia en diabéticos podría apuntar una tuberculosis asociada.

Algunos puntos importantes acerca de la tuberculosis pulmonar en la diabetes:

<sup>4</sup> SPOMENKA LJUBIC, et al. 115

- El desarrollo de tuberculosis pulmonar no es más común en diabéticos que en la población en general.<sup>4</sup>
- La duración de la diabetes Mellitus no tiene efecto en la prevalencia de la tuberculosis no pulmonar.
- La incidencia de la tuberculosis pulmonar esta incrementándose por el descontrol diabético y en pacientes con diabetes severa que requieren de grandes dosis de insulina.
- Los problemas en diabéticos con tuberculosis pulmonar incluye una severa forma y un curso más agresivo de la enfermedad y más grande tendencia de destrucción y cavitación, así como más resistencia a los antituberculosos. (especialmente en pacientes con un bajo control de glicemia)
- Atípico rayos-X de tórax demuestran: lesiones cavitarias extensas, alta incidencia de derrames pleurales en diabéticos que en no diabéticos. Lóbulos inferiores comprometidos.

La probable razón para la asociación entre diabetes Mellitus y tuberculosis.

- La hiperglucemia favorece el crecimiento, viabilidad y propagación del bacilo de la tuberculosis.
- Descontrol en el balance de electrolitos en el tejido local y la acidosis favorece la infección.
- La disminución de fagocitosis y de la inmunidad celular en personas con diabetes permiten que se propague la enfermedad en lugar de neutralizar los anticuerpos en las secreciones bronquiales.
- Baja resistencia y el daño en el tejido pulmonar.
- Balance nutricional desordenado.

En muchos casos estudios tempranos sugieren que personas con diabetes tienden a desarrollar tuberculosis confinada a los lóbulos inferiores, estos hechos

---

<sup>4</sup> 4.- SPOMENKA LJUDIC, et al. 575

no son evidentes. Múltiples lóbulos están implicados y son predominantes tanto en pacientes con diabetes y no diabéticos. En general los diabéticos tienen enfermedad cavitaria bajo el segmento de distribución. Si la reactivación ocurre, el bacilo tuberculoso es más propenso a aparecer como multiresistente.

Se ha observado que el simple hecho de padecer DM como tal no es necesariamente riesgoso para contraer TB, sino que la DM se asocia definitivamente con la reactivación de una forma latente en TB.

El riesgo de padecer TB pulmonar aumenta cuando la hiperglucemia no es controlada. En ocasiones la diabetes Mellitus es fácil de detectar, sin embargo tuberculosis y la micobacteria no lo es.

La tuberculosis cobra la vida de 2 millones de personas por año, (0.4%) 50/100,000 habitantes 1.0% al 9.3% incidencia en TB. y DM. La tasa de incidencia de TB en diabéticos es mayor que la no diabética. (209.5 contra 30.7) por 100,000 años persona,  $P < 0.0001$ ) (15)<sup>5</sup>

El nivel cultural nos da una pauta para reconocer que la relación entre DM y Tb. no es del todo importante (3)<sup>6</sup>

Que si bien es un medio para formar criterios sobre autocuidados y atención medica no evita el contagio y desarrollo de la enfermedad TB y mucho menos puede prevenir el desarrollo de DM.

### **3.2.-Calidad de vida.**

Se puede decir que la misión de la Calidad de Vida es medir: la seguridad en la alimentación y en la salud, principalmente; la disponibilidad y el uso del agua, el sentimiento de pertenencia a un grupo social; el deseo de poseer cosas materiales, es decir de propiedad; el deseo de comunicación; el de educación; la necesidad de proteger y preservar el medio ambiente. Involucrando las áreas de nutrición, salud, educación, derechos humanos, seguridad social, vivienda, seguridad laboral.

---

<sup>5</sup> (15) GARCIA GARCIA, MA. DE LOURDES, "Epidemiología de la Tuberculosis Pulmonar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II", 2004 pp.109.

3 (3) PABLOS-MENDEZ, ARIEL, et, al. 575

La calidad de vida es un proceso dinámico de una persona u hogar determinados, que cambia constantemente y de forma casi imperceptible. Por lo anterior, se puede hablar de un “x” nivel de calidad de vida en un momento o periodo determinado. (5)<sup>7</sup>

A nivel mundial las nuevas teorías del desarrollo hacen hincapié en la necesidad de complementar los índices básicos de medición de la pobreza, debido a que generalmente las instituciones y los organismos internacionales hacen el análisis muy poco profundos sobre la calidad de vida, basados solo a aspectos materiales, excluyendo otra clase de aspectos que son igual o más importantes como las oportunidades y las libertades reales de las personas. (6).<sup>8</sup>

El tema se ha tratado desde la antigüedad, sin embargo en el ámbito de la salud es muy reciente. Aproximadamente en los 90's y se mantiene hasta ahora. Por otra parte la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no esta necesariamente asociada a la mejor calidad de vida. El aumento y la frecuencia de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad, desempleo o multiempleo, etc. son factores que desencadenan estrés a los cuales nos sometemos día con día, por lo tanto nuestra salud se deteriora nos predispone para ciertas enfermedades y altera nuestra calidad de vida.

Con esta relación de la atención de la salud a la calidad de vida, el deterioro de la comunicación equipo de salud- paciente ha ido mermando la idea de labor profesional y la calidad de relación que fue autora del soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. La prevaecía de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para los cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar los síntomas, evitar las complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

---

<sup>7</sup> (5) DE LOS RIOS, JOSE LAURO, “Calidad de vida en pacientes con DM tipo II, 2006 pp. 109.

<sup>8</sup> (6) DELGADO SALCEDO PEDRO, “Aspectos conceptuales sobre indicadores de la calidad de vida”, pp. 01.

En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de vida relacionada con la salud como una medida necesaria (personal lifestyle questionnaire, PLQ) ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. (16)<sup>9</sup>

Podemos decir que calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en las que se realiza la reproducción social de los grupos humanos incluye diversas dimensiones como las condiciones de trabajo remunerado o no remunerado (práctica domestica), la cantidad y calidad en bienes de consumo de bienes servicios y valores de uso, el acceso y expresiones culturales políticas y calidad de entorno; la calidad de vida se modela de acuerdo a los componentes protectores y sus procesos destructivos. Para el desarrollo vital humano (7)<sup>10</sup> la calidad de vida será mejor cuando las condiciones sean las adecuadas para la reproducción social, para los procesos vitales y la acumulación genética de ventajas biológicas

El concepto calidad de vida no siempre puede ser estudiado en su totalidad, este depende de su desarrollo y el contexto empírico que lo rodea, pero básicamente este concepto habla de necesidades que el ser humano demanda. Dicha demanda es diferente que el resto de las especies vivas y el hombre en general tiene una forma de satisfacer sus necesidades por medio del trabajo. El cual al realizarlo transforma su entorno y naturaleza creando nuevas formas de vida, a su vez desarrolla y amplía sus necesidades y capacidades.

Esta habilidad que tiene el hombre para manipular su medio es fundamental para el sostén de los factores que hoy conocemos como políticos y tecnológicos, los cuales se van modificando debido a las necesidades humanas y la búsqueda de satisfactores, por lo tanto la misma sociedad crea ambos.

El concepto de salud se ha utilizado para evaluar la calidad de vida sin embargo después de mucho uso comenzó a ser ambiguo por tratar de describir

---

<sup>9</sup> (16) FERRANS AND POWERS, "Quality of life Index, 1998 pp 1-4.

<sup>10</sup> (7) GARCIA ROJAS IRMA, "Seminario permanente Instituto de Investigaciones Antropológicas", 1997, pp 69.

diferentes situaciones con diferente naturaleza. Tal es el caso de los pacientes a los cuales se les prolonga la vida que han sido ejemplos para describir y hacer una evaluación de la práctica médica y la tecnología aplicada.

Por lo tanto la ciencia médica ha marcado como dos periodos donde se puede analizar los momentos cumbres en la reproducción social de los grupos que serian: el momento de producción y el momento de consumo, que tienen que ver con la fuerza de trabajo y las condiciones para aplicarlas en el hogar o entorno .por lo tanto lo que conocemos como calidad de vida se transforma a condiciones de vida, que se puede entender como el bienestar o la privación para satisfacer necesidades básicas en un periodo de observación.

No solo existe una tendencia que habla sobre calidad de vida en los servicios de salud, en algunos casos se prefiere incluir las condiciones de vida como valoración epidemiológica, lo que para otros resulta más importante incluir a diferentes agentes patológicos específicos y por ultimo algunos toman en cuenta los procesos salud-mental.

Calidad de vida, salud, territorio tres factores se unen para dar un enfoque teórico basado en la importancia del espacio urbano, como medio para un específico tipo de reproducción social en los diferentes grupos de la sociedad. El espacio urbano como la articulación específica del conjunto de soportes materiales de los procesos de producción de los diferentes grupos sociales que incluyen tanto las particularidades del equipamiento urbano, incluye los servicios, (salud, educación, transporte, ,etc.) el tipo y calidad de vivienda, el medio natural como las característica económicas sociales y culturales de la población ahí asentada.

El espacio urbano marco un escenario característico para desarrollar factores específicos que tiene que ver con el proceso salud enfermedad muy propios del espacio urbano. Esto debido a que las condiciones de vida sobre los perfiles de daño en los diferentes grupos sociales. Las condiciones de vida están

ligadas a los diferentes factores como tipo de vivienda, alimentación, vestido, servicios médicos y de educación esparcimiento, etc.

En la zona metropolitana de la ciudad de México existen altos niveles de desarrollo y bienestar social respecto al resto del país. En su interior existen toda clase de condiciones que permite la existencia de diferentes calidades de vida, sin embargo las condiciones de salud son aquellos grupos sociales depauperados donde se presenta una polarización epidemiológica, y por lo tanto el índice de morbilidad y mortandad sobre pasa otros grupos de la población.

La calidad de vida lanza muchas preguntas acerca de cómo determinan el medio ambiente los individuos, sin embargo los problemas surgen a partir de la división o agrupación que los integrantes de las sociedades experimentamos, tal es caso de la división entre sexos. Que lejos de ser positivo en todas las sociedades siempre trae consigo enormes divisiones culturales. En algunas sociedades estas diferencias son profundas y amplias más que en otras y pueden determinar las actividades que son propias para cada sexo.

Existe una gran diversidad entre sociedades que van desde las muy conservadoras hasta las liberales, la diferencia radica en que las actividades para hombres y mujeres en el caso de la sociedades conservadoras se ven obligatoriamente divididas y en el caso de las sociedades liberales esta obligación no está bien marcada.

Estas diferencias no son notables hasta que decidimos analizar la calidad de vida de las personas surgen varias interrogantes acerca de nuestra sociedad conservadora. Julia Annas<sup>\*11</sup> hace un análisis desde la perspectiva de una sociedad más liberal, en la que se menciona que solo aquellos quienes sobre pasaron el obstáculo social de la diferenciación de actividades determinadas por el sexo pueden hacer una crítica constructiva de las sociedades conservadoras

---

<sup>11</sup> NISSBAU, MARTHA C, “Calidad de vida” (Julia Annas)\* 1996, pp. 364.

como la nuestra que sostienen fuertemente dos normas de vida determinada por el sexo.

Tenemos que en las sociedades conservadoras, por ejemplo las mujeres fuera de las actividades domesticas no tiene la oportunidad de estudiar o potenciar sus talentos y tampoco se les educa, por el contrario de los hombres quienes siempre son alentados para ser los proveedores y además para desarrollar todo su potencial y no porque las mujeres no tengan la capacidad sino porque las opciones para cualquier educación son distribuidas de manera injusta y muchas veces los hombres toman ventaja de ello.

Existen formas de ver objetivamente este resultado, ya que muchas veces las mujeres no quieren tener educación y prefieren ser “amas de casa”, porque aunque no existen oportunidades para desarrollarlas. Luego entonces las oportunidades se distribuyen según las necesidades.

Por esta razón, las dos normas entre hombre y mujeres van a producir injusticias. La ventaja que conforme pasa el tiempo lo que observamos sobre las prácticas sociales va progresando, lo mismo pasaba con las sociedades antiguas de quienes nos diferenciamos un poco en estos días

¿De dónde surge esta injusticia? Las personas desean cosas según las circunstancias en su entorno y las oportunidades a su alcance y para los que unos desean tal cosa para otros puede ser diferente el deseo, sin embargo en el caso de las mujeres difieren de la de los hombre y dichos deseos esto puede ser una práctica adaptativa para superar la frustración entre lo que se desea y lo que se espera en realidad.

Curiosamente, aquellas mujeres quienes viven en sociedades más tradicionalistas, aquellas quienes su actividad vital está bien diferenciada de la de los hombre son quienes más satisfechas se encuentran, debido a que son quienes mejor ajustaron sus deseos sobre sus expectativas.

Muy a pesar de que estas mujeres pudieran ser las más felices las posibilidades de que tengas más alternativas y sus horizontes sean más amplios es muy poca y por tal continua siendo injusto. Sin embargo si se le presentan más oportunidades y se les ofrece nuevas perspectivas de vida los deseos serian equilibrados conforme a la educación que tienen sus esposos.

La forma de equilibrar este aspecto es informando y dando educación para que las mujeres puedan aprender habilidades y desarrollar sus capacidades intelectuales, independientemente de que así lo deseen o no.

Por lo tanto la igualdad parte no solo de la similitud de los deseos, o derechos sino de la igualdad en que los hombres y mujeres somos por nuestra naturaleza humana. Esto no quiere decir que no podemos pasar por alto que esta tendencia también tiene sus desventajas a no hacer ninguna diferencia de acuerdo a la naturaleza del hombre y pensar que de acuerdo a sexo hombres y mujeres son iguales, ya que también puede tender a convertirse en una norma social ventajosa en una forma y ser aceptada en diferentes aéreas.

De ahí que, a lo largo de la historia las sociedades han desarrollado estilos de vida basados en la diferencia entre sexos y no están basadas en la naturaleza de las personas. La forma de modificar esta práctica no podemos excluir a las personas de cierta actividad únicamente por la forma característica en su comportamiento o ciertas actitudes que nos distinguen de su propia naturaleza, sino mas bien permitir que la racionalización de los hechos antes de solo restringirlos.

En una sociedad más liberal no exista la división natural de las habilidades como seria para la división en las actividades. Es aquí donde nos damos cuenta que no existe ningún motivo para diferentes roles según el género.

Las sociedades más tradicionalistas conservan esta forma de pensamiento hasta para mermar la reflexión sobre el concepto de las dos normas, así como las sociedades liberales alentarán la reflexión sobre este tipo de temas. No solo las instituciones gubernamentales son las responsables de hacer cambios en los modelos de actitud social que ayudaron a crearlos y sostenerlos, también puede intervenir la forma de pensar de los individuos y sobre todos los deseos para sus propias prácticas. El mismo entorno centra la atención de los individuos para que ignoren o hagan caso omiso de los mismos cambios que se puede hacer y las expectativas para evitar injusticias existentes fuera de ese mismo núcleo. Las personas escogen lo que es una ventaja en nuestro propio entorno y después lo transformamos para nuestra sociedad.

Al decir que ciertas sociedades viven injusticias entre géneros es posible que entre las propias personas que componen esa sociedad no se sientan conformes con ello, pero no podemos estar seguras de lo que estas personas realmente desean y cuáles son sus deseos o si realmente estén de acuerdo con nuestras críticas. De modo que es importante recurrir a normas y políticas que no simplemente nos den un argumento tendencioso.

Por lo tanto es muy difícil llegar a un acuerdo con una tendencia meramente biológica si es que lo queremos ver desde la perspectiva científica sin contar con los valores característicos de cada sexo y además sin incluir los factores culturales.

Por lo que se requiere algo que recurra a la ética, que contemple la naturaleza humana y que no construya modelos a priori de moralidad, algo que se fundamente no solo en los deseos propios como un ideal de vida.

Cuando aceptamos dichas alternativas tenemos un nuevo problema enfrente, el cual nos dice que si decidimos rechazar las dos normas entre los sexos por restringir la información hacia las mujeres a cerca de que hombres y mujeres son en realidad similares y que es producto de la creación de normas sociales,

entonces la propuesta es concentrar en una sola, en la que se refiere a nuestra naturaleza.

Cabe destacar que la idea de una idea de una norma unisexual no es nueva ni desconocida, y nuestra diferencia sexual proviene de nuestra naturaleza mas no parte de ella. Esto nos ayudaría a valorar más las virtudes dentro de la actividad femenina y masculina. Un solo valor en ambos sexos independientemente de la actividad.

La dificultad se presenta cuando aun a pesar de ser la misma actividad el valor es diferente para cada uno de los sexos. Con una norma unisexual las actividades según el sexo se dividirían lo menos posible y no se haría diferencias solo por el sexo. No malentendamos el papel de la naturaleza humana con una forma de vida ideal específica.

La forma de solucionar el debate sobre nuestra naturaleza se presenta rechazando abiertamente toda aquella actividad que se divide según el sexo sin una meta en común o norma ideal específica. Si podemos ver la injusticia que existe en algunos sectores, como la educación sobre la base del sexo es porque nuestra propia naturaleza humana nos dice que es posible que hombres y mujeres se eduquen de igual forma con la misma capacidad. Esta es la única oportunidad para hacer cambios ampliando nuestra concepción de naturaleza humana así como nuestros deseos y necesidades, así como reconocer que no puede ser correcto cuando la sociedad impone dos normas como las actuales para las vidas masculinas y femeninas.

Aquellos que han transgredido la barrera de las dos normas son los más indicados para decir que era justo quitar dicha restricción para poder responder a una diferencia natural. De esa manera, se puede hablar de vivir una injusticia debido a prácticas que ya no son experimentadas. Sin embargo para aquellos que están libres de experimentar tales situaciones de injusticia han progresado y avanzado en diferentes enfoques alternativos y los cambios en las sociedades

conservadoras no serán la excepción solo que el problema de las dos normas se irá desglosando poco a poco hasta cambiar a algo más sencillo de resolver entre hombres y mujeres y aprender sobre nuestros propios errores nos ayudara a entender mejor la naturaleza humana.

Hablar de necesidades básicas es de forma complicada explicada por las condiciones necesarias para el desarrollo humano. Tres principios son fundamentales para hablar sobre las condiciones que promueven el desarrollo humano tener, amar y ser.<sup>12</sup>

La primera cubre la necesidad de nutrición, de aire, de agua de protección contra el clima, enfermedades, etc. Como el propósito de estas es especificar las variantes en bienestar humano entonces deben demostrar variaciones en el ambiente del individuo

Amar se refiere al relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales (apego a la familia y a los parientes.) se descubre que los niveles de compañerismo y solidaridad no tiene una correlación con el nivel de vida material.

(Estudio en los países escandinavos)\* La misma relación existe entre medios físicos y biológicos donde se puede deteriorar el vínculo afectivo si la salud se ve afectada.

Ser se refiere a la búsqueda de integración con la sociedad y con la propia naturaleza. Cuando se trata de medir el nivel de bienestar humano se debe de tomar en cuenta las medidas objetivas de las condiciones externas o en la evaluación subjetiva de los propios cuidados. La mejor explicación entre lo objetivo y lo subjetivo radica en que por definición los podemos relacionar más con necesidades y deseos. Cuando se usan indicadores subjetivos se hacen uso del deseo de las personas y los objetivos pueden ser necesidades o deseos,

---

<sup>12</sup> (8)NISSBAU, MARTHA C, et al. (Eric Allard) pp 126.\*

cualquiera de los dos pueden ser usados para registrar sobre las condiciones de vida de las personas.

Es importante señalar que los marcadores no deben ser tomados de una fuente que representa la opinión de las propias personas. Sin embargo la habilidad con la que las personas expresan la satisfacción o la inconformidad es variada y por ejemplo las personas con menos recursos tienen más dificultad para manifestar su descontento que otro tipo de personas.

Cuando mencionamos las palabras tener, amar o ser como tabuladores de calidad de vida, ambos puede conservar indicadores objetivos y subjetivos. Los primero son basados en observaciones del medio externo y se limitan al conteo de diferentes actividades. En el segundo se les puede pedir a las personas que expresen sus experiencias en relación a sus condiciones de vida y su satisfacción o descontento con relación a sus lazos con otras personas y los términos de felicidad e infelicidad. El aislamiento, la infelicidad son fenómenos sociales que se pueden precisar.

**Utilización de diferentes indicadores sobre condiciones de vida.**

	Indicadores objetivos	Indicadores subjetivos
Tener (necesidades materiales e impersonales)	1.-Medidas objetivas del nivel de vida y de las condiciones ambientales	4.- sentimientos subjetivos de insatisfacción con las condiciones de vida.
Amar (necesidades sociales)	2.- Medidas objetivas de las relaciones con otras personas	5.-sentimientos de infelicidad/felicidad en las relaciones sociales
Ser (necesidades de desarrollo personal)	3.- medidas objetivas de la relación de las personas con a) la sociedad y b) la naturaleza.	6.-sentimientos subjetivos de aislamiento/desarrollo personal.

FUENTE: ALLARDT, ERICK 1996.

La definición de bienestar en una persona que recibe cuidados de salud también funciona para evaluar los resultados que está recibiendo y no solo como parte de una definición de salud. A la definición de calidad de vida puede tener diferentes connotaciones, sin embargo ninguna es tan apta para usarla

ampliamente, por ello se le denomina buena vida y es válido para reconocer las diferentes teorías del bien.

Las teorías “hedonistas” describen las experiencias de vida de las personas por medio del placer, felicidad o el disfrute como medios para poder satisfacer necesidades y deseos y es así como se produce una buena experiencia consiente. La decisión de hacer tal o cual cosa así como disfrutar de buena salud o no comprende parte de la buena vida.

Otra teoría nos dice que una buena vida es aquella donde se satisfacen los deseos y preferencias como estados de situaciones tomados por objetos. Para que estas funciones deban ajustarse primero a que los deseos a los que las personas aspiran coincidan con sus realidades. Estas abogan por que la tendencia sea que la persona obtenga lo que más desea o prefiere.

La tercera teoría analizada nos dice que los ideales para una buena vida están lejos de expresarse por medio del placer y la felicidad, son meramente normativos. Alguien puede tener la idea de buena vida y considerar otra persona como ejemplo de buenas costumbres o con características de buena vida aunque dicha persona no lo piense así.

Las teorías de tipo hedonista establecen que las cosas que hacen feliz a una persona obedecen a un principio de bondad o lo que es bueno para esa persona. Pueden ser subjetivas en este sentido. Las teorías ideales son objetivas en el sentido de marcar los ideales correctamente y justificarlos de tal modo que nada tiene que ver con lo que hace feliz a la persona o la satisface.

El cuidado a la salud debe incorporar los tres tipos de teorías para describir una buena vida, no solo es necesario incluir datos objetivos, los subjetivos deben ser incluidos. Finalmente el objetivo que se persigue es unificar estos tres criterios con el propósito de dar una alternativa muy diferente sobre la buena vida de las personas que además pudiera ser contemplativa ya que utilizando juicios sobre la calidad de vida, se analiza la teoría central sobre la buena vida.

Los juicios objetivos obedecen a un valor tangible en la calidad de vida (cuerpo, mente capacidad física de una persona) hechos materiales los juicios subjetivos atienden hechos también materiales pero a su vez juicios de valor

Las ventajas del uso de juicio objetivo y subjetivo son que pueden ser utilizados en un grupo amplio de pacientes o en un solo individuo, funcionan para determinar la valoración en un grupo amplio.

No solo el agregar una parte de la felicidad del individuo para establecer un rango de buena vida es suficiente para evaluación completa, también los componentes que producen dicha felicidad es importante añadirlos aun a pesar de no ser algunos componentes muy comparables con otros individuos pueden serlo con ellos mismos en diferentes etapas de la vida.

Los tres componentes de felicidad, satisfacción de preferencias, e ideales de una buena vida, son subdivididos o divididos en vectores para poder dar una descripción general de una buena vida, esto permite manejo dos enfoques diferentes y parcialmente hacer una comparación entre las vidas de dos individuos. Lo que para un individuo algunos vectores marcan la alternativa de vida con mayor valor en alguno de ellos, otro vector estaría indicando que no es tan importante, de tal modo que para dos personas diferentes al menos parcialmente la comparación se realice ya sea utilizando vectores comunes o modificándolos para que ellos consideren son producto de la buena vida.

Los cambios que se pueden realizar con los vectores pudieran parecer del bien común y de la buena vida para la mayoría de los individuos, pero siempre existirá diferente importancia o prioridad moral para lograr un efecto comparable en la calidad de vida. De esta forma, no solo se crean juicios sobre la persona y su buena salud, también los juicios políticos, morales, etc. Es importante reconocer entre los juicios que tratan las mejoras a la calidad de vida y aquellos que son de

la disminución a la calidad de vida sobre las evaluaciones morales de estos mismos juicios con el propósito de no confundir innecesariamente la naturaleza de los juicios en la calidad de vida en el cuidado de la salud.

La salud es un patrón natural o norma –no una norma moral, “no un ‘valor’ contrapuesto a un ‘hecho’, no una obligación-, un estado del ser que revela a sí mismo en la actividad como patrón de excelencia corporal o buena condición física”. (8)<sup>13</sup>

Algunas teorías mencionan que la medicina no tiene como fin único la salud, en cuantos términos naturales y biológicos, en cuanto a la toma de tratamientos médicos que se llevan a cabo la ética parece cobrar su función. En el cuidado de la salud se incluyen medidas que son utilizadas para evaluar claramente los niveles de salud y la calidad de vida, así como la forma en que el proceso salud-enfermedad interviene en sus cambios. Los primeros y más utilizados fueron los índice de morbilidad y mortandad en los grupos poblacionales. Después en cuestión de salud pública se incluyeron tales como: abastecimiento de agua, tratamiento de aguas negras, etc. Así como algunos con relación con el desarrollo económico, nutrición, vivienda educación.

La diferencia entre calidad y cantidad de vida es importante para el individuo, pero no siempre pueden estar conjuntas, por ejemplo una persona que su vida es de alta calidad pero fallece joven, su vida no pudo haber sido tan buena ya que termino antes de lo esperado. Los planes de vida esperados no se llevan a cabo y la felicidad se pierde por no poder tener satisfacciones a futuro, es por ello que en el caso de las personas ancianas que se encuentran en estado terminal les ayuda pensar que han tenido una vida plena y que sus planes los han realizado aceptando su muerte dignamente muchas veces los planes de vida no suelen ser las determinantes para una buena calidad de vida, en el caso de los países en vías de desarrollados donde la población no tiene acceso a los servicios médicos apropiados comparativamente con los países desarrollados donde las personas

---

<sup>13</sup> (8) NISSBAU, MARTHA C, et al. (Dan Brok) pp. 142

acceden a mejor servicios de salud, el promedio de vida es menor que el promedio en el primero caso, incluso muchos de estos individuos no llegan al promedio de vida entre su misma sociedad.

Otro punto que interfiere con la importancia de los planes vivenciales en una buena vida es la mortalidad infantil y la de los menores de un año aquí los conflictos son para los padres que crean una expectativa de vida en el menor y de los años de vida que se esperaba que tuvieran. Porque si bien para otro tipo de perdida en algún mayor se espera que pudiera haber tenido mala vida pero en el caso del bebe nunca empezó.

Se habla mucho de cómo la medicina ha creado distintos conceptos para analizar sobre la calidad de vida y de cómo se ve que está afectada por la enfermedad, ellos se enfocan en el tratamiento, curación y prevención de la enfermedad y la asociación con la rehabilitación en caso de que el paciente sufre de incapacidad, con el fin de ayudarlo a superar el sentido de perdida y su función normal en la vida.

En el cuidado de la salud las valoraciones para una buena vida son enfocadas en las disfunciones de los individuos en relación con las normas específicas de un individuo, de una sociedad o especie en particular, que se establecen como punto de partida para ayudar a elevar la función de ese paciente y si es posible elevar el nivel de esa norma.

Las medidas que abarcan toda la población tienen la desventaja de no hacer diferencias individuales y escapa a las particularidades que pudieran afectar a un solo individuo en su vida.

En el caso de las estructuras evaluativas (Índice de calidad de vida)\* es muy difícil intercalar teorías filosóficas sobre la calidad de vida que pudieran abarcar medidas como tales, ya que no se pueden estructurar medidas que sean aptas

para grandes poblaciones y requieren de ser fáciles en su descripción. Sin embargo, las características de las medidas nos hablan de cual difícil es estructurarlas y lo complejo que pueden ser al utilizarlas en los conceptos de calidad de vida.

Para medir la calidad de vida es importante tomar en cuanto las funciones de toda persona que sean del común para todos incluso aquellos individuos que tienen planes vivenciales muy restringidos.

El dormir, descansar son ejemplos de funciones biológicas y el trabajo, recreación, etc. son ejemplos de actividades comúnmente realizadas por el general de los individuos y pudieran tener una importancia relativa en cada uno de las personas. Se toma una relatividad general como base para saber cuál ha sido la actividad normal del individuo antes de estar enfermo. uan las funciones primarias pueden tener menos valor o una importancia relativa distinta dentro de vidas diferentes.

También podemos medir la presencia de ciertas conductas y la actividad diaria de una persona. Al medir las perspectivas de vida y las funciones primarias, analizamos los estados subjetivos que relacionan sentimientos y cuál es la conducta que predomina.

La movilidad, actividad física y actividad social son métricas para calcular los niveles de actividad, pero no mide la presencia de enfermedad solo las condiciones de salud, irónicamente este término es descrito como la ausencia de enfermedad.

Las conductas emocionales arrojan datos subjetivos que ayudan a saber sobre el sentimiento relacionado con el estado físico del paciente, o bien “el nivel de felicidad o satisfacción” que tiene en su vida, aunque puede ser muy burdo tratándose del concepto felicidad.

El componente felicidad no siempre está implícito en las medidas funcionales objetivas cuando del estudio de la medicina se trata, existe una relación muy endeble que no nos garantiza la práctica evaluación, por lo tanto el considerar categorías tanto objetivas como subjetivas complementa más el estudio. Tampoco se puede sustituir una por la otra.

De acuerdo a lo anterior la relación entre el componente felicidad y los otros componentes de funciones primarias no son privativas del área de la salud, pero si son más evidentes en su uso. Un ejemplo claro son las personas que sufren de alguna incapacidad física y quienes tienen plena restricción de sus capacidades funcionales primarias, estas personas desarrollaron adecuadamente la manera para realizar sus actividades primarias pero de forma diferente. Estos individuos se han permitido también, escoger entre sus planes vivenciales por lo tanto no podemos decir que la calidad de vida para ellos se ve disminuida solo por sus limitaciones.

A diferencia de lo anterior las personas que enfrentan un cambio de salud en la parte final de sus vidas, requieren de ajustarse y de realizar cambios considerables en todas sus actividades o modos de vida. Así que la oportunidad de elegir entre un plan de vida y otro no es determinado por la calidad de vida de la persona en ese momento, ni que tanto satisface a la persona o no, sino buscar la oportunidad de plantear nuevas expectativas de vida independientemente de haber disminuido las capacidades, un ejemplo muy utilizado en la medicina de rehabilitación.

Existe el rango con relación a la salud que se ajusta con la edad, que se utiliza en los casos donde las funciones primarias se ven afectadas a causa de la vejez y a pesar de ser un cambio evolutivo normal puede afectar nuestras actividades planeadas ya producen limitaciones que reducirán la calidad de vida.

Cuando los individuos se ajustan a estos cambios ya sea por enfermedad o accidente y recuperan la felicidad y se ajustan plenamente podemos decir que

pueden sostener una calidad de vida tan alta como antes especialmente cuando más tiempo pasa de la pérdida o enfermedad y se recobra la seguridad en sí mismo.

La felicidad de las personas es una medida representativa del nivel del deseo de las personas, de tal forma que una incapacidad por enfermedad o accidente replantea el plan de vida conforme a sus deseos y expectativas. Los cuales son importantes para construir de la autodeterminación en respuesta a su circunstancia. La autodeterminación es otro aspecto para evaluar la calidad de vida.

La enfermedad y las heridas llegan de forma súbita e inesperada limitando a los seres en sus capacidades físicas de forma contundente, esto puede ser considerado mala suerte. También existe quien nunca enferma de gravedad hasta el día de su muerte y eso se considera como parte normal del transcurso de la vida.

Las redes sociales y la fortaleza individual permiten a los individuos que sufren enfermedad o accidentes cambiar expectativas de vida y enfrentar la adversidad, siguiendo el curso de sus vidas lejos de lamentaciones e infortunios. Muy a pesar de sufrir un golpe cruel se puede tener el control de la vida, ser determinante y dirigir las expectativas a pesar de las nuevas circunstancias físicas.

El concepto de autodeterminación comprende todos los logros relacionados con los ideales planteados y entre este y la felicidad se incrementa la calidad de vida.

La autodeterminación ayuda a evaluar la calidad de vida en los individuos y va en relación a como se logran las metas según el objetivo planteado para conseguir felicidad.

### **3.3.- Red TAES.**

El objetivo principal de la OMS a principios de los 90's fue erradicar hasta un 80% de los nuevos casos de tuberculosis detectados por Baciloscopia, sin embargo para el 2000 las expectativas sería muy insuficientes, así que no fue sino hasta el 2005 cuando se dio un ultimátum para los proyectos ya establecidos.

Algunos factores interviene en saber cuál es el número de casos a menos que se revise la incidencia en tuberculosis lo cual es difícil saber cuando se trata de casos que se relacionan con otros padecimiento, tal es el caso de la epidemia de VIH.

El programa TAES es la estrategia recomendada mundialmente para asegurar la curación de la tuberculosis. (9)<sup>14</sup> Con una base en principios que permiten detectar nuevos casos para evitar la diseminación, lograr un diagnostico oportuno y la curación de mas casos.

En los años 60's se hablaba de que la única forma de erradicar la tuberculosis era por medio de tratar a los caso ya existentes, casi 20 años después se descubren fármacos de terapia combinada que de forma eficaz combaten la tuberculosis y previene la farmacorresistencia.

Fue en África y más tarde en algunos países de Latinoamérica donde se implemento el programa que permitió controlar todos los recursos técnicos y administrativos y ofrecer servicios que permitieron el diagnostico y el tratamiento de la tuberculosis.

Estos programas fueron vigilados muy de cerca analizando que debía ser observado muy de cerca el tratamiento de los pacientes para lograr un verdadero éxito, así como la comunicación y el manejo de los fármacos.

La OMS estudiando a fondo dichas acciones decidió llevarlas a cabo en el año de 1991 y en 1994 de manera como la conocemos hoy: "DOTS" o estrategia TAES. En el 2002 se amplio y reviso el marco. Primeramente fue conocido como "tratamiento directamente observado", por algunos años más tarde la OMS se

---

<sup>14</sup> (9) KURT TOMAN, "Tuberculosis, detección de casos, tratamiento y vigilancia, 2006. pp 281

encargo de modificarlo por “tratamiento acortado estrictamente supervisado”. Con esta denominación no solo un nombre para determinar un programa, sino que describe toda la estrategia y su aplicación para el combate a la tuberculosis.

En esta iniciativa no solo es compromiso de la OMS, también los regímenes de gobierno deben movilizar a la sociedad y otorgar los medios para que se cumpla el objetivo.

La labor gubernamental es necesaria para el aporte de fondos económicos y administrativos. Es necesario manejar personal y recursos materiales para todo el diagnóstico, tratamiento y supervisión de TEAES

Los componentes básicos de Red TAES (9)<sup>15</sup>

- 1.- Intervención organizada y sostenida: Compromiso mundial para asegurar acciones de lucha antituberculosa completas y sostenidas.
- 2.-Identificación de casos tempranos y precisos: detección de casos mediante Baciloscopia del esputo entre pacientes sintomáticos que se presentan espontáneamente a los servicios de salud.
- 3.-Quimioterapia eficaz y fácil para el paciente: Tratamiento de corta duración normalizado con empleo de regímenes de 6-8 meses para, por lo menos, todos los casos con baciloscopias positiva confirmada. La atención eficaz del caso incluye quimioterapia directamente observada durante la etapa intensiva para todos los casos nuevos con Baciloscopia positiva, etapa de continuación con regímenes de rifampicina y régimen completo de re-tratamiento.
- 4.-Manejo eficaz de los medicamentos. Suministro regular, ininterrumpido, de todos los medicamentos antituberculosos esenciales.
- 5.-Monitoreo basado en los resultados: un sistema de comunicación y registro normalizado que permita evaluar la detección de casos y el resultado de la quimioterapia para cada paciente y el funcionamiento integral del programa de control de la tuberculosis.

---

<sup>15</sup>(9) KURT, TOMAN, et. al. pp. 276

.La supervisión directa del tratamiento por el personal capacitado, del paciente cuando ingiere el medicamento es parte importante y parte esencial de la estrategia de Red TAES para conservar la adherencia al tratamiento del paciente.

Este programa ha funcionado de forma contundente alrededor del mundo, sin embargo el personal debe estar capacitado para poder ser aceptado por el paciente y tener el acceso a un tratamiento eficaz, de tal forma que las observaciones sean continuas aumentando la adherencia al tratamiento y evitando la farmacorresistencia del paciente debido a una no adherencia oculta.

Es parte del programa asegurar que los medicamentos sean abastecidos sin interrupción ya sea para el paciente como en los servicios médicos, así como la calidad de los medicamentos que se administran y el acceso de forma gratuita a todos los medicamentos, ya sea de primera o de segunda línea.

El sistema de registro permite que el funcionamiento del programa así como la evolución en la recuperación del paciente se consistente y verificable, tanto por el paciente mismo como del personal de salud, internamente como externamente. Por este medio también se puede monitorear el consumo de medicamentos y de los materiales. Los Resultados de las Baciloscopia pueden ser controlados y analizados, las que entrevistas a los pacientes y su evolución. Una parte importante es monitorear el éxito del programa continuamente a modo de evaluación para una mejor participación.

El sistema de registro de la red TAES consiste en los siguientes puntos:

- Un registro de laboratorio de tuberculosis que incluye datos de todos los pacientes a los que se les realizo una Baciloscopia (9).<sup>16</sup>
- Fichas con el tratamiento del paciente que incluyen el detalle de la toma regular de la medicación y de los exámenes baciloscopicos; y

---

<sup>16</sup> (9) KURT, TOMAN, et. al. pp. 276

- El registro de tuberculosis que incluye a cada paciente con tuberculosis y monitorea el progreso individual y colectivo hacia la curación.

Desde el año de 1997 la OMS recibe información y reportes sobre buen funcionamiento de la Red TAES por nación y a su vez se publican informes internacionales que hablan sobre dicha práctica, dejando ver que desde 1995 hasta el 2003 se incremento el número de usuarios a 7,1 millones, de los cuales poco más de la mitad tuvieron acceso al programa, pero solo la mitad fueron positivos con tuberculosis activa por estudio de Baciloscopia y se registraron en el programa.

Las dificultades que presenta Red TAES se presentan con los fondos insuficientes para obtener fármacos de calidad, así como el personal que pueda ser sustentable y su capacitación. Desgraciadamente para los países con mayor número de casos resulta más difícil sostener el abastecimiento. Por ello al OMS ha creado un plan para asegurara que las estrategias a nivel local o mundial sean aplicadas favoreciendo que los resultados en la lucha contra la tuberculosis no sea mermado por falta de recursos tanto humanos como económicos Poniendo énfasis en aquellas epidemias tan significantes como la del VIH.

Las actividades de prevención y control de la tuberculosis se iniciaron en México durante la primera década del siglo XX, fundándose así, en el Hospital General de la Ciudad de México, un pabellón para la atención de enfermos.

En 1918 se fundó en el Distrito Federal el primer dispensario antituberculoso y en 1928, el Dr. Manuel Gea González presentó al Departamento de Salubridad un programa de trabajo para organizar la Lucha Antituberculosis en el país; consideraba actividades preventivas de docencia, asistenciales, así como un proyecto para la producción y aplicación de vacuna BCG.

En 1934 se creó por Decreto Presidencial la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis, con un enfoque epidemiológico, estableciendo normas de quimioterapia, y regularizando la prescripción de medicamentos y procedimientos

de diagnóstico.<sup>5</sup> En la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en 1936 se inició el sanatorio para enfermos de tuberculosis de Huipulco, actualmente conocido como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).

En 1939 se estableció el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y en 1949 se inauguró el laboratorio productor de la vacuna BCG, con el auspicio de este Comité.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia inició en 1966 la campaña de vacunación indiscriminada con BCG a la población escolar. Entre 1964 y 1969, como parte de esta campaña, se realizaron en el país acciones de pesquisa radiografía entre la población, las cuales tuvieron una amplia cobertura con la finalidad de apoyar el diagnóstico fundamentado en hallazgos radiológicos.

En los años setenta, la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis adoptó una estructura vertical, que continuó así hasta la década de los ochenta, cuando se transformó en un programa horizontal.

El uso de drogas combinadas potencializa la curación del paciente. <sup>6,7</sup> En 1982 se introdujo el esquema de tratamiento primario de corta duración con la administración de tres fármacos: isoniazida, rifampicina y pirazinamida, con reducción del período de tratamiento de 12 a 6 meses. A partir de 1986 se inició el tratamiento con fármacos combinados en una sola tableta (isoniazida, rifampicina y pirazinamida), que comprobó una eficacia mayor al 90% de curación, lo que previene la farmacorresistencia al evitar la monoterapia. Sin embargo, el reto de la adherencia de los pacientes al tratamiento, continuaba siendo uno de los principales problemas, por lo que era necesario establecer estrategias que fortalecieran la curación del mayor número de enfermos.

El 26 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud. En el mismo año se llevó a cabo la evaluación anual conjunta

del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis con participación del Gobierno de México y de la OPS/OMS. Como resultado, se recomendó la instrumentación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) para mejorar las tasas de curación, reducir la morbilidad, la mortalidad y la transmisión del padecimiento, la cual se inició en 1996 en 6 áreas demostrativas, localizadas en los estados de Chiapas, Jalisco, Nayarit, Sonora, Tamaulipas y Veracruz. En noviembre de 1996 y con posterioridad a su evaluación, dio inicio la estrategia TAES en áreas específicas de las 32 entidades federativas.

La estrategia de TAES requiere la participación del personal de salud de las distintas instituciones del sector y de la sociedad, garantizar todos los insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de casos, laboratorios y un sistema de información. Como resultado se observa la eficacia del tratamiento con la curación de más del 90% de los enfermos y reducción del abandono de tratamiento a menos del 5%, en comparación con el promedio nacional.

En 1997, el Programa de Reforma del Sector Salud<sup>9</sup> definió 12 Programas Sustantivos, uno de ellos el de Micobacteriosis, responsable de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.

En 1999, como resultado del diagnóstico de la operación del Programa, se decidió fortalecer las acciones, que hizo necesario integrar las estrategias relacionadas con focalización de municipios de riesgo, acciones de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, red de laboratorios y, asimismo garantizar la atención médica en 300 municipios prioritarios.

El 31 de octubre del año 2000 se publicó la Norma Oficial Mexicana, NOM-006-SSA2-1993 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud<sup>10</sup>, en cuya elaboración participaron las distintas instituciones del sector salud con representación del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEDEMAR así

como del INER, INNSZ, Centro Médico Siglo XXI y "La Raza", Hospital General de México, INP, INPER, e instituciones académicas como la UNAM, IPN y la Asociación Mexicana de Infectología.

En el año 2000, con el replanteamiento del Programa, y aunque la Tuberculosis Multifarmacorresistente (TbMFR) no es la prioridad se reconoce como un problema que requiere atención; por ello en el Programa se integraron estrategias para atender y prevenir mayores problemas en el futuro. Se inició la integración de un Comité Estatal de Farmacorresistencia (COEFAR) en cada entidad federativa y un Grupo Asesor en el nivel Nacional, con expertos clínicos, con la finalidad de apoyar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los casos con sospecha de multifarmacorresistencia, definiendo los criterios para la atención de calidad a estos pacientes, que se ha denominado TAES-Plus.

En respuesta a la problemática identificada en el diagnóstico nacional de la red de laboratorios y dada la necesidad de capacitación, el INDRE instrumentó un Programa Anual de Aprobación de Microscopistas. Al año 2001 se han aprobado 1 800 técnicos de laboratorio de todo el país.

Asimismo, como parte del Programa se iniciaron actividades de capacitación integral incluyendo aspectos clínicos, de laboratorio, de vigilancia epidemiológica, de gerencia, liderazgo y administración para los responsables estatales y jurisdiccionales; además se integró un equipo de 32 médicos especialistas, líderes clínicos de los COEFAR.

El Programa se vincula con organismos internacionales y organismos no gubernamentales, como el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio, que participa con apoyo financiero para fortalecer las acciones del Programa. Asimismo, México ha participado en actividades internacionales y ha sido sede de reuniones de Directores Nacionales del Programa en América Latina y el Caribe.

Cada año, el 24 de marzo se celebra el "Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis", fecha que corresponde al descubrimiento del Mycobacterium tuberculosis por Roberto Koch en 1882. Ese día se realizan conferencias, simposios, talleres, cursos para personal de salud, eventos escolares; y por lo que se refiere a los Servicios de Salud, actividades de promoción a través de medios masivos de comunicación, todos ellos con la participación de las autoridades nacionales, estatales, jurisdiccionales y municipales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICter), apoyan con asesoría técnica y financiera al Programa; además, realizan anualmente visitas de observación para identificar el avance de la estrategia TAES. (9)<sup>17</sup>

Dentro de la Red TAES las metas en utilizar los quimioterapéuticos son: curar al paciente, prevenir la tasa de defunciones por tuberculosis activa o sus efectos tardíos prevenir la aparición y la diseminación de microorganismos farmacorresistentes, minimizar la recaída y proteger a la comunidad de la transmisión continua de la infección. Todos los regímenes quimioterapéuticos constan de dos etapas: una intensiva de inicio y otra de continuación.

#### **Etapas iniciales intensivas:**

La primera etapa está diseñada para matar a los bacilos activos y a los semiactivos, la contagiosidad disminuye y las baciloscopias resultan negativas en un 80 a 90% después de dos a tres meses de tratamiento. En esta etapa es indispensable la supervisión para garantizar la adherencia al tratamiento y se compone de tres a cinco fármacos (H= isoniazida, R=rifampicina, Z= pirazinamina, E= Etambutol)

El objetivo base es seleccionar los microorganismos que pudieran ser resistentes y mutar, sobre todo aquellos con alta carga bacilar, administrando de tres a cuatro medicamentos se reduce el número de fracasos y recaídas, luego entonces

---

<sup>17</sup> (9)KURT, TOMAN, et. al. pp. 141-142

si existe abandono tardío en la etapa inicial las recaídas serán menores. En esta etapa se da un periodo de dos meses, la quimioterapia es todos los días y es combinación de dosis fija. La dosificación diaria es: 5 dosis de H por mg/kg peso corporal, 10 dosis de R por mg/kg peso corporal, 25 dosis de Z por mg/kg de peso corporal, 15 dosis de E por mg/kg de peso corporal.

**Etapa de continuación:**

Es aquí cuando la mayor cantidad de bacilos residuales se aniquilan y como la cantidad es baja la posibilidad de recaída es menor existe menos mutación y se requiere de menos fármacos. 10 dosis de H mg por kg. De peso corporal, tres veces por semana. 30 dosis de E mg por kg de peso corporal, tres veces por día.

En los casos nuevos de tuberculosis la terapia intensiva ayuda a la rápida destrucción de los bacilos y en pocas semanas los pacientes dejan de ser contagiosos y asintomáticos en cuatro y ocho semana, las baciloscopias se negativizan aproximadamente a los dos meses, de aquí que si los resultados después de este periodo todavía son positivos podemos pensar en una no adherencia al tratamiento o bien una multifarmacorresistencia. El uso de la pirazinamida no es necesario en la fase de sostén o continuación ya que ejerce su máximo efecto esterilizador en la fase inicial.

En los caso de re-tratamiento los bacilos que el individuo secreta bacilos que son resistentes por lo menos a la isoniazida en mayor cantidad en comparación a los casos nuevos. Son cinco fármacos los que se administran en la fase inicial y por; lo menos tres en la fase de sostén.

**Tabla 1. Tratamiento anti-tuberculoso según NOM<sup>\*18</sup>**

Fase intensiva:	Diario, de lunes a sábado, hasta completar 60 dosis. Administración en una toma
Fármacos:	Dosis:

<sup>18</sup> (10) CANO VALLE FERNANDO, “ Enfermedades del aparato respiratorio” 2000, pp 258.

Rifampicina (R)	600 mg
Isoniacida (H)	300 mg
Pirazinamida (Z)	1500 mg a 2000 mg
Etambutol (E)	1200 mg
Fase de sosten:	Intermitente, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes hasta completar 45 dosis. Administración en una toma.
Fármacos:	Dosis:
Isoniazida (H)	800 mg
Rifampicina(R)	600 mg

**Tabla 1-1 Fármacos antituberculosos según Norma Oficial Mexicana.**

FARMACO	MECANISMO DE ACCION	EFFECTOS SECUNDARIOS	COMENTARIOS
ISONIAZIDA	Interfiere en el metabolismo del ADN del bacilo de la tuberculosis	Neuritis periférica, hepatotoxicidad, hipersensibilidad (rash cutáneo, artralgias y fiebre), neuritis óptica, neuritis por déficit de vitamina B6.	Metabolismo sobre todo en el hígado y excreción por los riñones, administrar piridoxina (vitamina B6) como medida profiláctica en tratamiento a altas dosis; usar como único fármaco profiláctico de Tb. en individuos en la que el PPD ha dado positivo; capacidad para atravesar la barrera hematoencefalica.
RIFAMPICINA	Tiene efectos de amplio espectro, inhibe la polimerasa del ARN del bacilo de la tuberculosis	Hepatitis, reacción febril, trastornos GI, neuropatía periférica, hipersensibilidad.	Usada frecuentemente asociada a isoniazida; baja incidencia de efectos secundarios: produce orina de color naranja.
ETAMBUTOL	Inhibe la síntesis del ARN y es bacteriostático para el bacilo	Rash cutáneo, trastornos GI, malestar, neuritis periférica, neuritis óptica.	Efectos raros y reversibles con la supresión del fármaco; se usa como fármaco de sustitución cuando hay toxicidad de rifampicina o a isoniazida.
PIRAZINAMIDA	Efecto bactericida (se desconoce el mecanismo)	Fiebre, rash cutáneo, hiperuricemia, ictericia (rara)	Índice elevado de eficacia cuando se usa asociada a estreptomycin o capreomicina.  Uso precavido en adultos mayores, con enfermedad

ESTREPTOMICINA	exacto)  Inhibe la síntesis de proteínas y es bactericida	Ototoxicidad (VIII par craneal), nefrotoxicidad, hipersensibilidad.	renal y mujeres embarazadas; administrada vía parenteral
----------------	---	---	--

**Tabla 1-2 Fármacos antituberculosos según Norma Oficial Mexicana.**

FARMACOS DE SEGUNDA LINEA			
ETIONAMIDA	Inhibe la síntesis de proteína	Trastornos GI, hepatotoxicidad, hipersensibilidad	Valiosa para tratar microorganismos resistentes; contraindicada en el embarazo.
CAPREOMICINA	Inhibe la síntesis de proteínas y es bactericida	Ototoxicidad, Nefrotoxicidad	Uso precavido en adultos mayores
KANAMICINA Y AMIKACINA	Interfiere en la síntesis de proteínas	Ototoxicidad, Nefrotoxicidad	Uso en casos seleccionados para tratamiento de cepas resistentes
ACIDO PARAAMINOSALISILICO	Interfiere en el metabolismo del bacilo de la tuberculosis	Trastornos GI, hepatotoxicidad, hipersensibilidad	Interferencia en la absorción de la rifampicina; uso poco frecuente.
CICLOSERINA	Inhibe la síntesis de la pared celular	Cambios de personalidad, psicosis, rash cutáneo	Contraindicada en individuos con historia de psicosis; se usa para tratar cepas resistentes

### **3.4- Tuberculosis:**

#### **Epidemiología:**

La OMS estima que cada año se producen más de 8 millones de casos nuevos de TB y, aproximadamente, 3 millones de personas mueren por la enfermedad.

Actualmente el porcentaje estimado en la población mundial que se encuentra afectada por el Mycobacterium Tuberculosis es de alrededor 7% de todas las causas de muerte y el 26% de las muertes potenciales prevenibles. Un tercio o de toda la población tiene alguna afección con este bacilo y se piensa que 8-10 millones por año son infectados.

Las cifras son importantes en el continente Asiático, sin embargo en África la cifras por número de habitantes es mayor.

Una de las principales causales que la tuberculosis tuvo o tiene para dejar de ser epidemia y convertirse en pandemia es el SIDA. Se puede decir que en un pasado el mismo curso biológico de la enfermedad causo la muerte de muchos individuos a razón de ser los más susceptibles, pero ahora con esta nueva infección anexada como lo es la producida por el virus de VIH ha cobrado otro giro.

Con la llegada de los fármacos quimioterapéuticos (estreptomina, isoniazida), a finales de la década de los 40 y principios de los 50, se observo una caída espectacular de la prevalencia de TB Sin embargo, entre 1985 y 1992 se aprecio un incremento significativo de casos, la infección por VIH y la inmigración de personas provenientes de áreas de elevada prevalencia han sido la causa de este aumento en el número de casos.

Los factores principales que han contribuido al resurgir la TB son: 1) Las proporciones epidémicas de la TB entre pacientes con infección por VIH, y 2) El aumento de cepas de Mycobacterium tuberculosis resistentes a múltiples fármacos (RMF); esto se debe a la baja adherencia al tratamiento farmacológico, y han conducido a fracasos terapéuticos y a la aparición de cepas resistentes. Los

pacientes no acuden al seguimiento de control del tratamiento o son tratados con fármacos a los que sus infecciones no son sensibles.

Los factores que influyen para que se produzca un contagio por Tuberculosis son:

Edad: Varía según el país, pero predominan niños muy pequeños, adolescentes, ancianos; Sexo: existe un leve predominio en hombres; Raza: hay cierta resistencia en caucásicos y mongoles. Predomina más en negros, esquimales e indios. Enfermedades de base: Silicosis (otras neumonías); Diabetes; Insuficiencia renal crónica, Inmunodepresión, Iatrogenia: Gastrectomía, Bypass abdominal, Radioterapia.

Hábitos patológicos; Alcoholismo, Drogadicción; Factores de localización; Contactos familiares, Ingreso en instituciones cerradas, Cárceles, Asilos, Instituciones mentales.

*Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo Gram positivo ácido- alcohol resistente, el agente causal de la Tuberculosis se incluye en la familia de *Mycobacteriaceae*, género *Mycobacterium*. Estos pueden tratarse de bacilos rectos o ligeramente curvos. Son gérmenes aerobios, no son móviles no generan endoesporas, conidias o micelios.

Son considerados gérmenes Gram positivos pero hay veces que no se pueden teñir con la tinción de Gram. Existen dentro de las especies aquellas que son peligrosas para el ser humano tales como; *Mycobacterium Tuberculosis*, *Boris*, *africanum*, *Calmette-Guerin*. El *Mycobacterium Microti* produce tuberculosis en roedores pero no se ha detectado en humanos.

Las características de este germen como patógenas son:

Es altamente resistente a los lugares con alta concentración de oxígeno, ósea estrictamente aerobio.

La dificultad para su destrucción por lo macrófagos radica en que tiene una capa de ácido micólico (25% frente al 0,5% de grampositivos), así con es resistente a la desecación y a la tinción ácido-alcohol resistente.

Químicamente podemos decir que el bacilo tiene una escasa producción de actividad catalasa y debido a los componentes polisacáridos de su composición se da una inmunosupresión del organismo portador.

Se propaga normalmente de persona a persona vía gotitas transportadas por el aire, que se produce cuando el individuo infectado con Tb. laríngea o pulmonar tose, estornuda, habla o canta. Una vez en el ambiente, los microorganismos se dispersan y son inhalados. La exposición breve a estos bacilos tuberculosos raramente causan infección. Más bien suele propagarse al individuo que tiene contactos próximos y repetidos con una persona infectada. Para la transmisión se requieren una exposición próxima, frecuente y prolongada. La enfermedad no puede transmitirse por contacto manual, libros, vasos, platos u otros utensilios

Cuando los bacilos son inhalados, pasan al árbol bronquial y se depositan en los bronquiolos o en los alvéolos, es decir, las partes profundas de los pulmones son el lugar habitual para el depósito bacilar inicial; después de depositarse los bacilos se multiplican sin resistencia por parte del huésped, son captados inicialmente por los fagocitos, neutrofilos y más tarde, linfocitos y de multiplican en su interior.

Mientras la respuesta inmunitaria se comienza a activar, los bacilos pueden propagarse por los vasos linfáticos hacia los ganglios regionales y a través del conducto torácico hacia la circulación sanguínea. Así los bacilos pueden diseminarse por todo el organismo antes de que este disponga de la suficiente respuesta inmunitaria mediada por células capaces de controlar la infección. Los microorganismos hallan un medio favorable para crecer inicialmente en los

vértices pulmonares, riñones, epífisis de los huesos, corteza cerebral y glándulas suprarrenales.

Eventualmente, la inmunidad celular limita la posterior multiplicación y la diseminación de la enfermedad. Una reacción tisular característica llamada granuloma de células epiteliales aparece una vez activada el sistema de inmunidad celular; este granuloma resultado de la fusión de los macrófagos infiltrante, se rodea de linfocitos en unas 10- 20 días. La porción central de la lesión (llamada Tubérculo de Gohn) se necrosa y es característico su aspecto caseoso; por ello se denomina necrosis caseosa. Esta lesión puede a su vez sufrir una necrosis por licuación en la que el líquido drena por el bronquio de drenaje y se produce una cavidad. El material tuberculoso entra en el árbol bronquial, permitiendo la transmisión de las partículas infectadas.

La curación de la lesión primaria normalmente se resuelve por fibrosis y calcificación. El tejido de granulación que rodea la lesión se hace más fibrosa y forma una cicatriz caliginosa alrededor del tubérculo. Se forma así el Complejo de Gohn, que consiste en el tubérculo de Gohn y el ganglio linfático regional. Los complejos de Gohn calcificados son visibles en la radiografía de tórax.

Cuando la lesión tuberculosa se reabsorbe y cura, la infección entra en un periodo de latencia que puede persistir sobre la enfermedad clínica. La infección puede manifestarse clínicamente si el microorganismo persistente comienza a multiplicarse rápidamente o puede quedarse dormida.

Si la respuesta inmunitaria inicial no es adecuada, el control de microorganismo no se mantiene y aparece la enfermedad.

Los bacilos vivos pero que se encuentran en periodo de latencia persiste durante años. La reactivación de la Tb. puede ocurrir si los mecanismos de defensa se alteran.

**Tabla 1-3**

CLASIFICACION DE LA TUBERCULOSIS		
Clase 0	No exposición a Tb,	No exposición a Tb, no infectado (sin historia de exposición, prueba de tuberculina negativa)
Clase 1	Exposición a Tb, sin infección	Exposición a Tb, sin evidencia de infección (historia de exposición, prueba de tuberculina negativa).
Clase 2	Infección Tb. latente, sin enfermedad	Infección de Tb sin enfermedad (prueba de la tuberculina francamente positiva, estudios bacteriológicos negativos sin datos radiológicos compatibles con Tb, sin evidencia clínica de Tb.
Clase 3	Tb. clínicamente activa	Infección Tb. con enfermedad clínicamente activa (estudios bacteriológicos positivos o una prueba de tuberculina significativa junto a evidencia clínica o radiológica de enfermedad actual).
Clase 4	Tb., pero clínicamente inactiva	Sin enfermedad en la actualidad (historia de un episodio previo de Tb. o hallazgos radiológicos estables en una persona con una prueba de tuberculina francamente positiva; estudios bacteriológicos negativos; sin datos clínicos, ni radiológicos de enfermedad actual.
Clase 5	Sospecha de Tb.	Sospecha de Tb. (pendiente de diagnostico); una persona no debe permanecer en esta categoría mas de tres meses.

Fuente: American Thoracic Society, 2000

**Manifestaciones clínicas:**

Durante las primeras fases de la Tb., la persona se encuentra asintomática. Muchos casos se diagnostican accidentalmente mediante una radiografía de tórax (adulto mayor).

**Manifestaciones Sistémicas:**

Malestar general, anorexia, pérdida de peso, febrícula, sudoración nocturna, la pérdida de peso puede no ser excesiva hasta las fases tardías de la enfermedad y suele atribuirse a un exceso de trabajo u otras razones.

**Manifestaciones Pulmonares:**

Tos frecuente y productora de esputo mucoso o purulento, disnea, dolor torácico (sordo y opresivo), hemoptisis (casos avanzados)

### **Manifestaciones Agudas y Súbitas:**

Fiebre alta, escalofríos, síndrome gripal, dolor pleurítico, tos productiva.

### **Complicaciones:**

#### **Tb. Miliar**

Si un complejo de Gohn necrosado perfora un vaso sanguíneo, gran cantidad de bacilos penetran en el torrente sanguíneo y se diseminan por todo el organismo. Este proceso se denomina TB, miliar o hematógena. El paciente puede sufrir signos de enfermedad aguda, fiebre, disnea y cianosis o estar clínicamente debilitado con manifestaciones sistémicas como pérdida de peso, astenia, fiebre y trastornos GI; puede acompañar Hepato y Esplenomegalia y Adenopatías generalizadas.

#### **Derrame Pleural:**

Este está causado por la liberación de material caseoso en la cavidad pleural. El material que contiene bacilos pone en marcha una reacción inflamatoria y un exudado pleural rico en proteínas. Una forma de pleuritis, denominada pleuritis seca, es consecuencia de una lesión tuberculosa superficial que afecta a la pleura. Se manifiesta como un dolor pleurítico localizado a inspiración profunda. El empiema es más raro pero aparece cuando un gran número de bacilos penetran en cavidad pleural, normalmente como consecuencia de la ruptura de una cavidad.

#### **Neumonía Tuberculosa:**

Es el resultado de la penetración en el pulmón o ganglios linfáticos de grandes cantidades de bacilos procedentes de una lesión cavitada.

#### **Otras afectaciones sistémicas:**

Aunque los pulmones son la localización primordial de la Tb., otros órganos pueden estar afectados. Las meninges, los huesos y el tejido articular también se

ven afectados en el proceso infeccioso, así como los riñones, las glándulas suprarrenales y el aparato genital femenino y masculino.

### **Estudios diagnósticos:**

#### **Prueba de la Tuberculina**

La respuesta inmunitaria del organismo puede demostrarse la hipersensibilidad a la prueba de la tuberculina. La reacción positiva aparece a las 2-12 semanas después de la infección inicial, lo que corresponde al tiempo en que el organismo necesita para fabricar su respuesta inmunitaria. Una reacción positiva indica infección tuberculosa, pero no demuestra si la infección esta en fase latente o activa, causando una enfermedad clínica.

Puesto que la respuesta a la prueba cutánea de Tb. puede disminuir en el paciente inmunodeprimido, las reacciones de induraciones iguales o superiores a 5 mm se consideran positivas. Las recientes normas sobre la prueba de la tuberculina enfatizan su uso en grupos de alto riesgo y se desestiman hacerlas en personas de bajo riesgo.

#### **Radiografía de tórax:**

Aunque los hallazgos radiológicos son importantes, no es posible hacer el diagnóstico de Tb. solamente por la radiografía. Esto es así porque otras enfermedades pueden simular la misma apariencia radiográfica de Tb. La lesión más frecuente es la afectación ganglionar multinodular acompañada de la cavitación en lóbulos superiores. La calcificación de lesiones pulmonares aparece varios años después de la infección.

#### **Estudios bacteriológicos:**

La demostración bacteriológica del bacilo tuberculosa es esencial para establecer el diagnóstico. El examen microscópico de las muestras de esputo teñidas para bacilos alcohol-resistentes es evidencia bacteriológica de la presencia del bacilo tuberculoso. Se recogen tres muestras consecutivas de

esputo en días sucesivos y se envían al laboratorio para tinción y/o cultivo. Además del esputo, puede obtenerse material, para el estudio del jugo gástrico, del líquido cefalorraquídeo (LCR) o del pus de los abscesos.

El medio más preciso de diagnóstico es la técnica de cultivo. La mayor desventaja de este método es que la micobacteria puede tardar de 6-8 semanas en crecer. La ventaja es que puede detectar pequeñas cantidades (tan poco como 10 bacterias por mililitro de muestra).

Una nueva prueba para la Tb. es la amplificación del ácido nucleico (AAN), una prueba rápida cuyos resultados se conocen en pocas horas. No sustituye a la tinción y al cultivo sistemático de esputos, pero ofrece al personal sanitario mayor confianza diagnóstica.

#### **Cuidados de colaboración:**

La mayor parte de los pacientes no necesitan hospitalización para tratar inicialmente la Tb.; se hace de forma ambulatoria, y pueden continuar trabajando y mantener su forma de vida con cambios mínimos. La hospitalización puede ser necesaria para el diagnóstico de pacientes muy ancianos o muy debilitados y para los que tienen reacciones adversas a los fármacos o en casos de fracaso terapéutico.

La base de la terapia del tratamiento de la Tb. es el tratamiento farmacológico que se usa para tratar al individuo con enfermedad clínica y para prevenir la enfermedad en las personas infectadas.

### **3.5.-DIABETES MELLITUS.**

#### **Epidemiología:**

La diabetes es una de las mayores amenazas para la salud pública a nivel mundial y rápidamente se está agravando, teniendo su mayor impacto en los adultos en edad productiva de los países en vías de desarrollo.

La diabetes es una condición que amenaza la vida a nivel mundial, cada año 3.2 millones de muertes son atribuidas a la diabetes.

Una de cada 20 muertes se atribuye a la diabetes; 8,700 muertes cada día; seis muertes cada minuto.

Por lo menos una de cada diez muertes en adultos de 35 a 64 años de edad, es atribuida a la diabetes. Tres cuartas partes de las muertes en las personas menores de 35 años de edad con diabetes son debidas a esta condición.

Estas estimaciones están basadas en las diferencias relativas del riesgo de muerte entre las personas con diabetes y las que no la tienen. Estos datos incluyen muertes donde la diabetes pudiera haber sido la causa principal de muerte o se menciona como una condición contribuyente en el certificado médico de la causa de muerte.

La diabetes es una condición común y su frecuencia está elevándose de forma alarmante en todo el mundo. Por lo menos 171 millones de personas en el mundo tienen diabetes. Es probable que para el 2030 esta cantidad aumente a más del doble. En los países en vías de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará un 150% en los próximos 25 años. El aumento mundial que ocurrirá de la diabetes será debido al envejecimiento y crecimiento de la población, además de la tendencia en el aumento de la obesidad, dietas no saludables y estilos de vida sedentarios.

En los países desarrollados la mayoría de las personas con diabetes se encuentran por encima de la edad de jubilación, mientras que en los países en vías de desarrollo los afectados con más frecuencia son las personas entre los 35 y los 64 años de edad. (11)<sup>19</sup>

La diabetes Mellitus es un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico que cursa con hiperglucemia, la que a su vez es una consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o de un trastorno en el efecto biológico de la misma. En la actualidad, se considera que el término tradicional de diabetes Mellitus no se refiere en realidad a una sola enfermedad, sino a una familia de síndromes que tienen como común denominador la hiperglucemia y el trastorno metabólico. Cada uno de estos síndromes tiene una evolución y pronóstico diferentes, lo cual hace necesarios tratarlos por separados.

---

<sup>19</sup> (11) BEAGLEHOLE, ROBERT “Actuemos ya! Contra la diabetes” OMS, 2003 pp.05

### **Fisiopatogenia:**

El defecto fundamental de la diabetes Mellitus es una deficiencia relativa o absoluta de insulina y, consecuentemente, de sus efectos metabólicos. En la Diabetes Mellitus tipo I se ha encontrado desde insulinopenia total hasta la presencia de anticuerpos que impiden la acción de la hormona sobre los tejidos. Por otra parte la Diabetes Mellitus tipo II (no dependiente de insulina) el hallazgo más constante es el de hiperinsulinismo y disminución periférica en los receptores de insulina. La insulina tiene un papel preponderante sobre el metabolismo intermedio, merced a su capacidad de inducir la actividad de las enzimas que actúan en las encrucijadas metabólicas más importantes. La inducción y activación de dichas enzimas tienen como efecto la apertura de las vías metabólicas de la glucosa.

### **Clasificación:**

En la mayoría de los casos, la causa es desconocida, de modo que la clasificación actual de la Diabetes Mellitus se fundamenta mas en criterios epidemiológicos y fisiopatológicos que en etiológicos, por lo que es posible que surjan modificaciones. Por ahora se reconocen cuatro clases, que son:

Diabetes Mellitus tipo I

Diabetes Mellitus tipo II

Diabetes Gestacional

Diabetes Mellitus secundaria (intolerancia a la glucosa) a:

Enfermedad pancreática.

Anormalidades del receptor de insulina

Trastornos genéticos

Independientemente de su causa, el término Diabetes Mellitus se aplica a los sujetos que tienen hiperglucemia de ayuno o una respuesta anormal a la prueba de tolerancia a la glucosa y se divide, a su vez, en subclases con ciertas características clínicas y la necesidad de requerir insulina para su control, o de no requerirla.

### **Diabetes Mellitus Tipo I (Dependiente de Insulina)**

Se presenta generalmente en personas menores de 20 años de edad, delgadas, con tendencia a desarrollar cetoácidos diabética y que requiere la aplicación de insulina para su control. Este grupo es que antes se clasificaba como diabetes juvenil; sin embargo la dependencia de la insulina puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

### **Diabetes Mellitus Tipo II (no dependiente de insulina; asociada o no con la obesidad)**

Se manifiesta en adultos mayores de 40 años de edad, es de inicio insidioso y es frecuente que haya obesidad; solo eventualmente conduce el desarrollo de cetoacidosis diabética y puede presentarse como hiperosmolar. La hiperglucemia se controla con dieta e hipoglucemiantes orales. La prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad y el grado de obesidad. Por definición, los pacientes no necesitan de insulina exógena para corregir la hiperglucemia, ya que tienen insulina circulante que incluso puede encontrarse en normales algunas condiciones.

### **Diabetes gestacional:**

Este término se refiere a la hiperglucemia que se descubre durante el embarazo y ocurre entre el 2 – 5% de todas las embarazadas; generalmente entre el segundo y tercer trimestre. En virtud que la diabetes gestacional se asocia con una morbilidad fetal elevada, es importante descubrirla y tratarla de forma oportuna.

### **Diabetes Mellitus Secundaria**

Esta variedad es rara y se relaciona con defectos en la secreción pancreática de insulina y con interferencias para que ejerza su acción sobre las células efectoras. Los defectos e interferencias se pueden agrupar de la manera siguiente: Destrucción pancreática en la que se reduce la secreción de insulina, como ocurre en los casos de pancreatitis, fibrosis quística, hemocromatosis y pancreatectomía.

Exceso de hormonas “antagónicas” a la insulina, como en las adrenérgicos enfermedad de Cushing, acromegalia e hipertiroidismo, puede asociarse con diabetes.

Fármacos del tipo de las tiacidas, diuréticos, glucocorticoides y agentes adrenérgicos pueden producir diabetes o simplemente o intolerancia a los hidratos de carbono.

Genéticos; existe una variada patología, como es la distrofia muscular, la ataxia y los síndromes de Turner y de Klinefelter, que tienen una mayor incidencia de diabetes.

Otras categorías incluyen a la “acantosis nigricans” en donde existen anticuerpos en contra de los receptores de insulina, así como algunas mujeres con hirsutismo y ovarios poliquísticos que tienen una población disminuida de receptores para la insulina.

#### **4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Según estadísticas establecidas por la OMS de cada 4 pacientes con tuberculosis pulmonar, un paciente tiene como enfermedad concurrente la diabetes mellitus atribuida al factor fisiológico y hereditario. Algunos estudios, sin embargo sugieren estudiar la influencia del el factor sociológico para que se presenten dos o más enfermedades crónicas tales como la diabetes y la tuberculosis pulmonar. Si se considera que para los individuos de una sociedad el adquirir bienes materiales, satisfacer necesidades y lograr metas son ingredientes que determinan la calidad de vida (la edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo) en una comunidad o grupo social y la importancia de esta para la salud, como por ejemplo en los casos de diabetes y TB.

Cuando se asocia calidad de vida y enfermedades crónicas degenerativas mediante indicadores como nivel educativo, ingreso económico, nivel de marginación, ocupación, problemas de salud asociados, importancia de la salud, hábitos higiénicos y general el estilo de vida resulta lógico pensar que debe haber relación entre DM y TB a lo que subyace una categoría calidad de vida.

Por lo tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Es la calidad de vida un factor de riesgo para una persona con Diabética presentar TB?

## **5.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:**

- Determinar qué relación la Diabetes Mellitus con Diagnostico de 5 años es un factor de riesgo para desarrollar TB pulmonar.
- Identificar los factores de riesgo que se asocian a la incidencia TB pulmonar y DM. como enfermedades conjuntas.

## **6.-HIPOTESIS DIRECCIONAL:**

Los factores de riesgo (La edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo) asociados a la, calidad de vida son factores de riesgo que se asocian a la incidencia de Tuberculosis Pulmonar y Diabetes Mellitus como enfermedades conjuntas.

## 7.- VARIABLES

### Variable Independiente

- Calidad de vida.
- Edad
- Género
- Nivel Socioeconómico
- Nivel Educativo.

### Variable Dependiente

- Tuberculosis Pulmonar / Diabetes Mellitus.

### 7.1.- DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES:

**Calidad de vida:** Modo, manera, forma de comportamiento, como son alimentación, ejercicio, higiene, uso de alcohol, drogas, tabaquismo, los cuales influyen directamente en el estado de salud de cada persona. Cabe mencionar que el desarrollo humano, juega un papel fundamental en dicho indicador para que los pacientes encuentren una razón para vivir y con que vivir, así como el sentido de poder tomar decisiones sobre vida y salud. Para ello se incluye “Cuestionario de estilo de vida personal” (personal lifestyle questionnaire, PLQ) adaptado a caso de Diabetes y tuberculosis, así como “Índice de calidad de vida” (16)<sup>1</sup>

Es definida por Ferrans como el sentido de bienestar que una persona crea al estar satisfecho o no satisfecho con las diferentes áreas que son importantes para el individuo mismo.

**Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa, generalmente crónica, causada por el complejo, *Mycobacterium tuberculosis* (M. tuberculosis; M. Boris y M. microti; M. africanum y M. canetti), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación del material infectante, ingestión de leche contaminada por dicho complejo, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales bovinos enfermos. (21)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> (16) FERRANS AND POWERS, “Quality of life Index, 1998 pp 1-4

<sup>2</sup> (21) PROGRAMA DE ACCION: Tuberculosis 2001-2006, SSA. 2001 pp. 119.

**Diabetes Mellitus:** Comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas crónicas de causa desconocida con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y gras que se asocian fisiológicamente con una deficiencia en la cantidad cronológica de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina. .

**Edad:** Tiempo en que ha vivido una persona. El grado o etapa de desarrollo también influye en gran medida en el estado de salud. Se aumentan o disminuyen la susceptibilidad de adquirir ciertas enfermedades. Normalmente, los factores de riesgo por la edad están relacionados con antecedentes familiares y hábitos personales.

En el caso de pacientes con Diabetes mellitus tipo II pudiera presentarse a cualquier edad, sin embargo hay cierta prioridad e casos de 35 años o posteriores. Los casos de Tuberculosis aumentan en individuos de 25 a 54 años.

**Género:** Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes. También se observa la influencia de género, en determinadas alteraciones genéticas, e incluso en las adquiridas se ven trastornos mas comunes en un género que en otro (masculino, femenino)

La tuberculosis predomina en género masculino mientras que la diabetes mantiene un porcentaje equilibrado entre ambos géneros.

**Nivel Socioeconómico:** Posición que una persona ocupa en la sociedad relacionado con un estándar económico y el poder adquisitivo que permite satisfacer necesidades individuales o colectivas. Estos factores suelen aumentar el riesgo de enfermedad e influir sobre la forma en que las personas reaccionan ante la misma enfermedad. Las variables sociales y económicas determinan de que manera los sistemas sanitarios den cuidados médicos a una población.

La conformación de un mantenimiento o mejora de la salud también se ve determinado por el estado económico de la persona.

La marginación juega un papel protagónico para poder reconocer el nivel socioeconómico de un individuo. Tomando en cuenta las dimensiones socioeconómicas que incluyen: educación, vivienda, disponibilidad de bienes; podemos obtener como resultado un índice de marginación, con el cual se establece la intensidad global de la marginación socioeconómica.

El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar a las localidades censales del país según el impacto global de las privaciones que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas y la carencia de bienes.

Para su cálculo se utilizó como única fuente de información el *II Censo de Población y Vivienda 2005*, particularmente la base de datos de los *Principales resultados por localidad* (ITER, 2005), así como un conjunto de variables proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, a solicitud de la Secretaría General del CONAPO. (2005)

- Índice sintetiza los siguientes ocho indicadores: Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta.
- Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa.
- Porcentaje de viviendas particulares sin drenaje ni excusado.
- Porcentaje de viviendas particulares sin energía eléctrica.
- Porcentaje de viviendas particulares sin agua entubada en el ámbito de la vivienda.
  
- Porcentaje de viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento.
- Porcentaje de viviendas particulares con piso de tierra.
- Porcentaje de viviendas particulares sin refrigerador.

La CONAPO en conjunto con la Secretaria de Salud (Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial) determino la “regionalización de Unidades Territoriales y AGEB” (Área Geográfica de Base)\*. El cual como base de datos se utilizara para determinar bajo que grado de marginación habita y cohabita cada uno de los encuestados.

Los grados de marginación que una localidad presenta nos habla del nivel socioeconómico en el que se desarrolla individuo que en el habita. Dicho indicador nos da la pauta para analizar bajo que circunstancias se presentan dichas enfermedades y su existiera alguna intima relación que aumentara la predisposición a padecerlas.

**Nivel Educativo:** Grado o altura que alcanza en ciertos aspectos de la vida social. La importancia de ello se manifiesta al incluir una entrada al sistema sanitario Las prácticas de salud y las creencias de cada individuo de como tratar su propia enfermedad. (12)<sup>3</sup>.

Se pretende establecer o descartar la posibilidad de padecer tuberculosis en pacientes con diabetes mellitus con una tasa de escolaridad baja.

Se incluyen los indicadores: primaria bachillerato, escuelas técnicas, universidades.

## 7.2.- VARIABLES CON INDICADORES.

	<b>GENERO</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>EDAD</b>	<b>NIVEL ESCOLAR</b>
1	Masculino	Ama de casa,	35 a 39	No sabe leer ni escribir
2	Femenino	Trabajador empleado. o	40 a 44	Sabe leer y escribir sin primaria.
3		Trabajador empleado. o	45 a 49	Primaria.

<sup>3</sup> (12) ANDER-EGG, EZEQUIEL; “Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad” 2000 pp. 118.

\* De aquí en adelante nos referimos al Área Geográfica de Base como AGEB.

4		Comerciante	50 a 54	Primaria incompleta.
5		Profesionista	55 a 59	Secundaria
6		Jubilado, pensionado o retirado.	60 a 64	Secundaria incompleta
7			65 a +	Bachillerato y/o carrera técnica.
				Licenciatura.

### 7.2.1 Problemas de Salud

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Problemas de salud</b>	Dolor de cabeza. Presión alta >120/80.	Niveles de glucosa en ayunas >126mg/dl	Gripas o resfriados. Infección de garganta	Tos Flema	Fiebres altas por las tardes. Sudoraciones nocturnas	Bronquitis. Neumonías.	Pérdida de peso. Pérdida de apetito.	Mialgias. Flema con sangre.	Otros padecimientos .
<b>Visitas al medicas por enfermedad</b>	1-a-2 visitas	3 a 4 visitas	0 visitas						
<b>Ausentismo laboral por enfermedad</b>	1 día	3 días	0 día						
<b>Medicación con antibióticos</b>	1 a 2 veces	0 veces							

### 7.2.2 Hábitos de vida.

	1	2	3	4	
Consumo promedio de alcohol en el último mes.	Todos los días	2 o 3 veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ninguna vez
Consumo promedio de tabaco en el	Todos los días	2 o 3 veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ninguna vez

último mes.					
Consumo de productos propios de una dieta para personas diabéticas.	Todos los días	2 o 3 veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	Ninguna vez
Modo de controlar niveles de glucemia.	dieta	Medicamento	ambas	ninguna	

### 7.2.3 Calidad de índice de vida

¿Qué tan satisfecho(a) está usted con:	Muy Descontento	Descontento	Satisfecho	Muy satisfecho
Su salud?	1	2	3	4
Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4
La cantidad de energía para realizar sus actividades?	1	2	3	4
Su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4
El control de su glucosa?	1	2	3	4
Los cambios que debe de hacer a causa de la diabetes, (cambios de dieta, medicinas, actividad física, tomar niveles de glucosa?	1	2	3	4
El control de su vida	1	2	3	4
La felicidad de su familia	1	2	3	4
Su vida sexual	1	2	3	4
Sus amigos?	1	2	3	4
El apoyo emocional de su familia?	1	2	3	4
El apoyo emocional de personas que no son su familia?	1	2	3	4
Lo útil que es UD para otras personas?	1	2	3	4
Las preocupaciones en su vida?	1	2	3	4
Su casa, apartamento, lugar donde vive?	1	2	3	4
su trabajo/, (si no tiene, estar retirado o incapacitado)	1	2	3	4
Su educación?	1	2	3	4
Su manera de llevar su economía?	1	2	3	4
Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4
Su tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4
Su fe en Dios?	1	2	3	4

Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4
-Su vida en general?	1	2	3	4
Su apariencia personal?	1	2	3	4
37.-Su habilidad de respirar con dificultad?	1	2	3	4
Que tan importante es para UD.?	Sin ninguna importancia.	Un poco importante	Muy importante	
Su salud?	1	2	3	
Los cambios en su vida que debe de hacer a causa de la diabetes?	1	2	3	
Vivir hasta la edad que usted quisiera?	1	2	3	
La felicidad de su familia?	1	2	3	
Su vida sexual?	1	2	3	
Sus amigos?	1	2	3	
Apoyo emocional de su familia?	1	2	3	
Apoyo emocional de personas que no son familia?	1	2	3	
Ser útil para otras personas?	1	2	3	
Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	
Su felicidad en general?	1	2	3	
Usted para si mismo?	1	2	3	

#### **7.2.4 Nivel de marginación según AGEB.**

- Muy alta
- Alta.
- Media.
- Baja.
- Muy baja.

#### **7.3.- CRUCE DE VARIABLES.**

Por fines metodológicos el siguiente cruce de variables se realizó en cuadros y gráficas:

Edad en años VS Género. (Cuadro y gráfica núm. 1)

Ocupación con escolaridad. (Cuadro y gráfica núm. 2)

Problemas de salud presión sistólica >120/80 con dolor de cabeza. (Cuadro y gráfica núm. 3)

Niveles de glucosa en ayunas .126mg/dl.(Cuadro y gráfica núm. 4)

Infecciones de garganta con gripas o resfriados. (Cuadro y gráfica núm. 5)

Tos con flema. (Cuadro y gráfica núm. 6)

Fiebres altas por las tardes con sudoraciones nocturnas. (Cuadro y gráfica núm. 7)

Bronquitis con neumonías. (Cuadro y gráfica núm. 8)

Pérdida de peso con pérdida de apetito. (Cuadro y gráfica núm. 9)

Mialgias con flemas con sangre. (Cuadro y gráfica num.10)

Otros problemas de salud. (Cuadro y gráfica núm. 11)

Número de visitas médicas. (Cuadro y gráfica núm. 12)

Ausentismo a causa de enfermedad. (Cuadro y gráfica núm. 13)

Tratamiento con antibiótico. (Cuadro y gráfica núm. 14)

Realización de ejercicio y el tiempo en que se realiza. (Cuadro y gráfica núm. 15)

Consumo de bebidas alcohólicas y el promedio en cada consumo. (Cuadro y gráfica núm. 16)

Consumo de tabaco y el promedio de cigarros al día. (Cuadro y gráfica núm. 17)

Consumo de dieta propia para diabéticos modo de control de la glucosa en sangre. (Cuadro y gráfica núm. 18)

Días de consulta médica. (Cuadro y gráfica núm. 19)

Nivel Satisfacción con los servicios médicos. (Cuadro y gráfica núm. 20)

Nivel de satisfacción Capacidad para autocuidarse sin ayuda y energía para realizar actividades. (Cuadro y gráfica núm. 21)

Nivel de satisfacción de acuerdo al control de vida y cambios que se deben hacer a causa de la tuberculosis. (Cuadro y gráfica núm. 22)

Nivel de satisfacción en el autocontrol de la glucosa en sangre y la habilidad de respirar sin dificultad. (Cuadro y gráfica núm. 23)

Nivel de satisfacción con la felicidad familiar y lo útil para otras personas. (Cuadro y gráfica núm. 24)

Nivel de satisfacción con el apoyo emocional de la familia y el apoyo emocional de la no familia. (Cuadro y gráfica núm. 25)

Nivel de satisfacción con la vida sexual y los amigos. (Cuadro y gráfica núm. 26)

Nivel de satisfacción con la casa, departamento o lugar donde vive con preocupaciones en la vida. (Cuadro y gráfica núm. 27)

Nivel de satisfacción con el trabajo o actividad laboral con educación. (Cuadro y gráfica núm. 28)

Nivel de satisfacción con las cosas que hace para divertirse y la manera de llevar su economía. (Cuadro y gráfica núm. 29)

Nivel de satisfacción con su fe en Dios y la tranquilidad consigo mismo. (Cuadro y gráfica núm. 30)

Nivel de satisfacción con la vida en general y logros en la vida. (Cuadro y gráfica núm. 31)

Nivel de satisfacción con la apariencia personal. (Cuadro y gráfica núm. 32)

Nivel de importancia de la salud con los cambios que se tiene que hacer a causa de la diabetes. (Cuadro y gráfica núm. 33)

Nivel de importancia de vivir hasta la edad que quiera y la felicidad de su familia. (Cuadro y gráfica núm. 34)

Nivel de importancia en cuanto a la vida sexual y sus amigos. (Cuadro y gráfica núm. 35)

Nivel de importancia con el apoyo de su familia y el apoyo de la no familia. (Cuadro y gráfica núm. 36)

Nivel de importancia en las cosas que hace para divertirse con el ser útil para otros (Cuadro y gráfica núm.37)

Nivel de importancia con la felicidad en general y la percepción de si mismo. (Cuadro y gráfica núm. 38)

Nivel de marginación por AGEB. (Cuadro y gráfica núm. 39)

## **8.- DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.**

### **8.1 Características generales.**

#### **8.1.1 Criterios de inclusión.**

- Pacientes con diagnostico de DM. mayor de 5 años que acudan a los centros de salud TIII Gabriel Garzón Cossa.
- Pacientes con diagnostico de DM. mayor de 5 años que presenten sintomatología respiratoria (tos con expectoración) al momento de la entrevista.

### **8.1.2 Criterios de exclusión.**

- Pacientes con diagnóstico de D. M. mayor a 5 años que se nieguen a la entrevista.

### **9.-DISEÑO DE ESTUDIO:**

Es de tipo observacional y descriptiva.

Este es un diseño de tipo retrospectivo, ya que el fenómeno de la diabetes Mellitus y la tuberculosis ya ha sido sometido a estudio, sin embargo se vincula con otros padecimientos, los cuales nos interesa notificar, revisando los antecedentes y su relación para padecer dichas enfermedades como agregadas.

Es de tipo transversal debido a que estos datos solo se obtendrán en un periodo de tipo determinado y se analizará el fenómeno al mismo tiempo que se recopilan los datos, además de establecer la relación que existe entre las variables. (13)<sup>4</sup>.

### **9.1.- UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL**

Se realizará a todos los pacientes que acudan a los centros de salud TIII Gabriel Garzón Cossa con diagnóstico de DM. mayor a 5 años y que presenten sintomatología respiratoria (tos con expectoración) al momento de la entrevista la cual se realizará mediante un instrumento que contara con 19 preguntas.

### **9.2.-MUESTRA:**

La muestra se tomará de acuerdo con las características del estudio y que representa a una parte importante de la población, la cual se seleccionará por medio de método de muestreo aleatorio simple.

Aleatorio Simple: Todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados, la elección se hace al azar con la ayuda de listas o tablas de números aleatorios.

---

<sup>4</sup> (13) POLIT, DENISE; "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", 2002 pp. 325.

### 9.3. CAPTACION DE DATOS:

Descripción del instrumento, tiempo de resolución

El instrumento cuenta con 51 ítems que corresponden a las variables: Nivel educativo, problemas de salud, hábitos de vida calidad de índice de vida

Las preguntas son cerradas con opción múltiple en la primera sección y preguntas jerarquizadas en la segunda parte

Se incluye datos generales del entrevistado y la ubicación del domicilio por AGEBS.

El cuestionario será contestado en presencia del entrevistador. (Ver anexo No. 1)

### 9.4. -ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION:

- Para el análisis medidas estadísticas emplearan estadísticas descriptivas que nos permitirán analizar y cuantificar los datos obtenidos de forma empírica y mediciones. Una medición de tipo nominal dando un valor numérico en las clasificaciones que son excluyente (datos generales) (13).<sup>5</sup> La distribución de frecuencia se utilizara para ordenar el conjunto de puntuaciones, así como se utilizaran polígonos de frecuencia para graficar dichos resultados. (14)

## 10. -CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Junio 2008	Julio 2008	Agosto 2008	Agosto 2009	Septie mbre	Octubre 2009	Noviem bre
-----------	---------------	---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	---------------

<sup>5</sup> (13)POLIT Denise F. et al. 325-345

(14) HERNANDEZ SAMPIERI ROBERTO "Metodología de la investigación" 2006 pp. 75

					2009		2009
Registro del proyecto							
Identificación de pacientes con DM. mayor a 5 años de diagnostico							
Aplicación de entrevistas a pacientes con DM. mayor a 5 años de diagnostico.							
Termino de Servicio Social.							
Elaboración del informe final.							
Tramites de titulación.							
Análisis de datos.							
Resultados.							
Termino de investigación.							
Tramites de admón. de titulación.							

## 11. RECURSOS

### 11.1 Recursos Humanos

- Asesor: Mtra. Teresa Sánchez Estrada.
  - PSS RED TAES Monroy Uribe Magda Lorena
  - QBP Rosario Sánchez.

### 11.2 Recursos materiales

Hojas blancas tamaño carta; Lápices; Plumas; Goma; Copias; Fotostáticas; Impresiones; Computadora; Software: SPSS; Pomaderas; Bolsas de plástico; Tablas.

### 11.3.- Recursos físicos.

- Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero

- Centro de Salud TIII Gabriel Garzón Cossa.

## **12.- ÉTICA DEL ESTUDIO**

La colecta de los datos se llevara a cabo dentro de las instalaciones del centro de salud como de algunos domicilios de los entrevistados y no se inicio la entrevista hasta que el Centro de Salud lo acepto el propio habitante del domicilio.

Se seleccionaron a pacientes con más de cinco años de padecer diabetes Mellitus a los cuales se le pido autorización para contestar el cuestionario previa instrucción del mismo.

Antes del cuestionario se obtuvo el consentimiento informado y se garantizo la confiabilidad de los resultados.

Se informo a los entrevistados sobre el propósito del estudio y las metas, así como los beneficios de tener acceso a los mismos resultados en el momento que así lo requieran.

Se excluyeron del estudio a todos aquellos que sean vulnerables, tales como pacientes que por condiciones, mentales, físicas o emocionales no sean capaces de responder la entrevista.

No se daño de manera física, ni psicológica a ningún individuo al que se le aplico dicha investigación.

Todos los datos que aquí se concentran son de calidad confidencial y serán utilizados únicamente para los fines que la investigación así convenga. Se respeta el anonimato del entrevistado.



### 13.- RESULTADOS TABULARES Y GRÁFICOS

**CUADRO 01**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y GÉNERO DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTA FACTORES DE RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA QUE PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. CS. GGC**

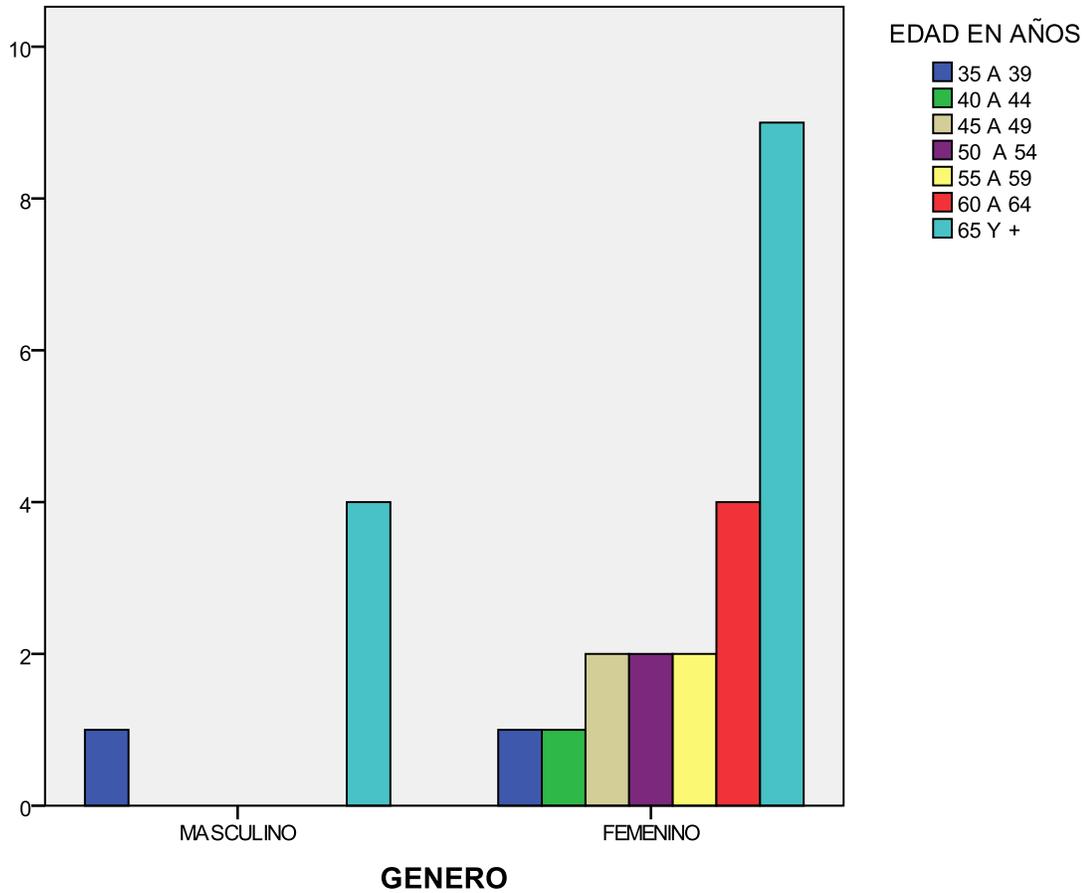
**GENERO \* EDAD EN AÑOS**

GENERO	EDAD EN AÑOS							Total
	35 A 39	40 A 44	45 A 49	50 A 54	55 A 59	60 A 64	65 Y +	
MUJER	1 3.8%	1 3.8%	2 7.7%	2 7.7%	2 7.7%	4 15.4%	9 34.6%	21 80.8%
HOMBRE	1 3.8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 15.4%	5 19.2%
	2 7.7%	1 3.8%	2 7.7%	2 7.7%	2 7.7%	4 15.4%	13 50.0%	26 100.0%

FUENTE: Datos procesados por Magda Lorena Monroy Uribe. CS.GGC-ENEO-UNAM 2008.

**GRÁFICA. 01**

**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y GÉNERO DE LA POBLACION ENTREVISTADA CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTA FACTORES DE RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA QUE PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. CS. GGC.**



FUENTE: Cuadro Núm. 1

**CUADRO 02**

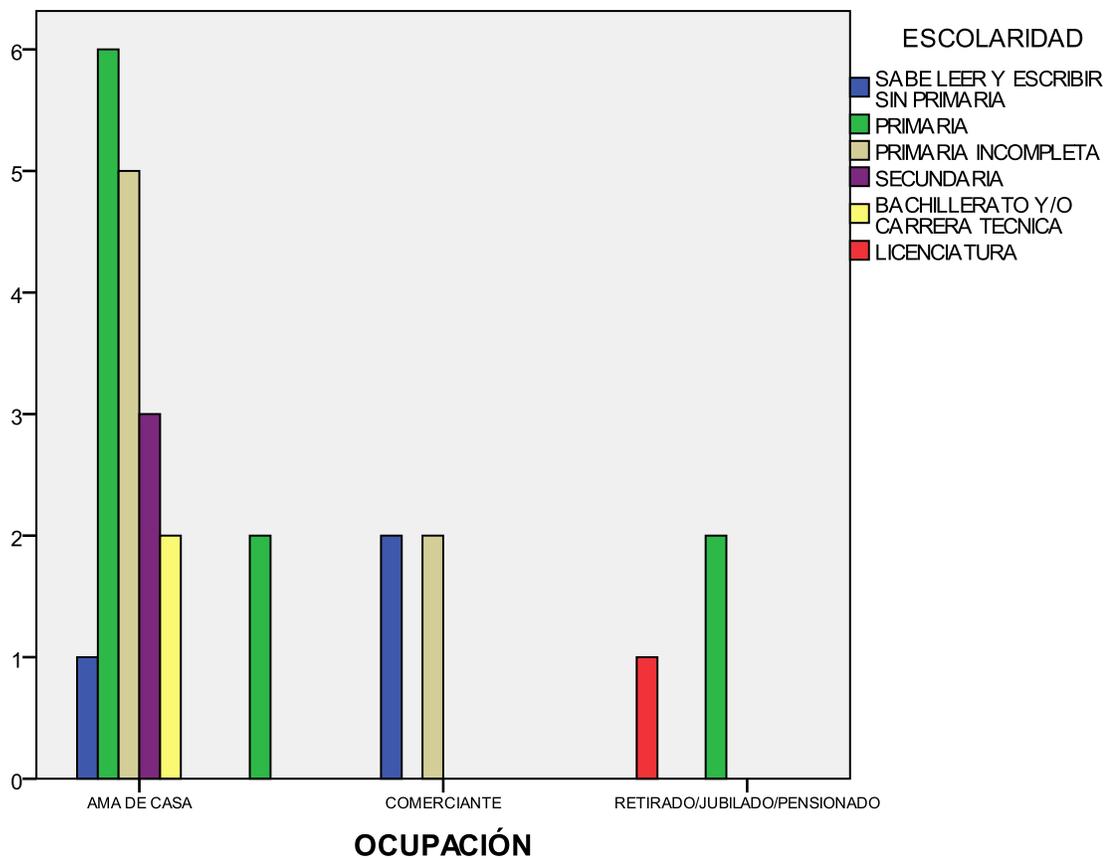
**DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACION Y ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTA FACTORES DE RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA QUE PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. CS. GGC**

OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD						Total
	SABE LEER Y ESCRIR SIN PRIMARIA	PRIMARIA	PRIMARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA	BACHILLERATO O Y/O CARRERA TECNICA	LICENCIATURA	
RETIRADO/JUBILADO/ PENSIONADO	0 0	2 7.7	0 0	0 0	0 0	0 0	2 7.7%
PROFESIONISTA	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	1 3.8	1 3.8%
COMERCIANTE	2 7.7	0 0	2 7.7	0 0	0 0	0 0	4 15.4%
TRABAJADOR	0 0	2 7.7	0 0	0 0	0 0	0 0	2 7.7%
AMA DE CASA	1 3.8	6 23.1	5 19.2	3 11.5	2 7.7	0 0	17 65.4%
	3 11.5	10 38.5	7 26.9	3 11.5	2 7.7	1 3.8	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

## GRÁFICA.02

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN Y ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTA FACTORES DE RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA QUE PREDISPONEN LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. CS. GGC**



FUENTE: Misma cuadro núm. 2

**CUADRO.03**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (PRESIÓN SISTÓLICA 120/80 Y DOLOR DE CABEZA) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

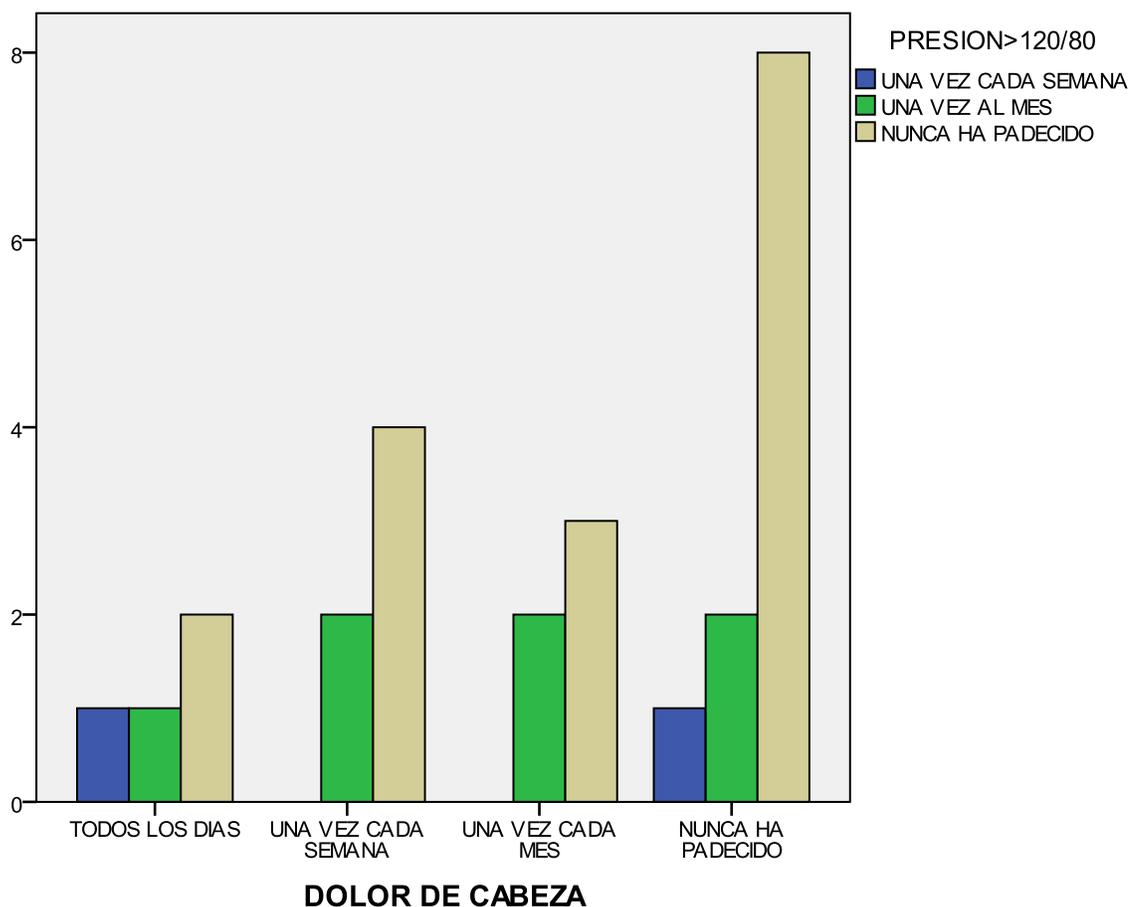
<b>DOLOR DE CABEZA</b>	<b>PRESION SISTOLICA 120/80</b>			<b>Total</b>
	<b>UNA VEZ CADA SEMANA%</b>	<b>UNA VEZ AL MES%</b>	<b>NUNCA HA PADECIDO%</b>	
NUNCA HA PADECIDO	1 3.8	2 7.7	8 30.8	11 42.3%
UNA VEZ CADA MES	0 0	2 7.7	3 11.5	5 19.2%
UNA VEZ CADA SEMANA	0 0	2 7.7	4 15.4	6 23.1%
TODOS LOS DIAS	1 3.8	1 3.8	2 7.7	4 15.4%
Total	2 7.7	7 26.9	17 65.4	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

### GRÁFICA 03

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (PRESIÓN SISTÓLICA 120/80 Y DOLOR DE CABEZA) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 3

#### CUADRO 04

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (NIVELES DE GLUCOSA EN AYUNAS >126mg/dl) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.

2008

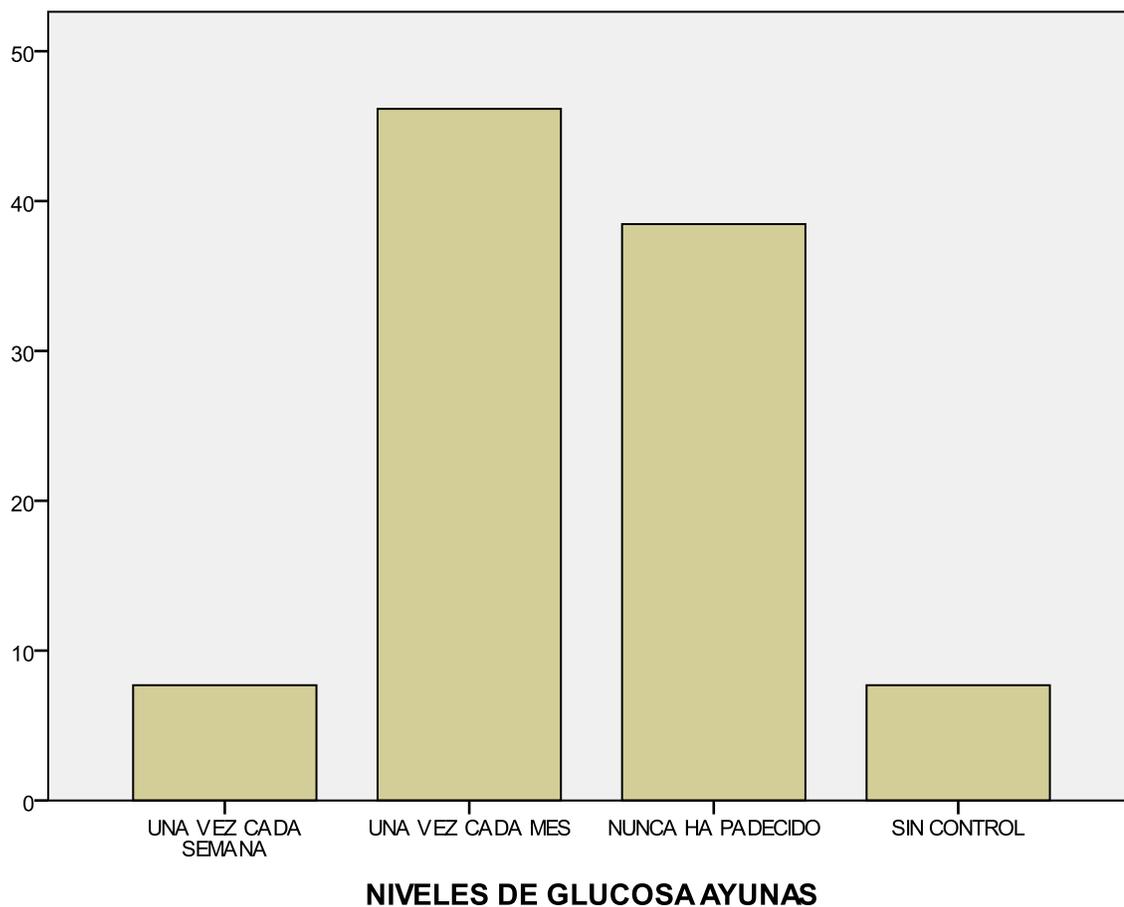
<b>NIVELES DE GLUCOSA EN AYUNAS &gt;126mg/dl</b>	Fo.	%	%ac.
UNA VEZ CADA SEMANA	2	7.7	7.7
UNA VEZ CADA MES	12	46.2	53.8
NUNCA HA PADECIDO	10	38.5	92.3
SIN CONTROL	2	7.7	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 04

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (NIVELES DE GLUCOSA EN AYUNAS >126mg/dl) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.4

**CUADRO 05**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (INFECCIONES DE GARGANTA Y GRIPAS O REFRIADOS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

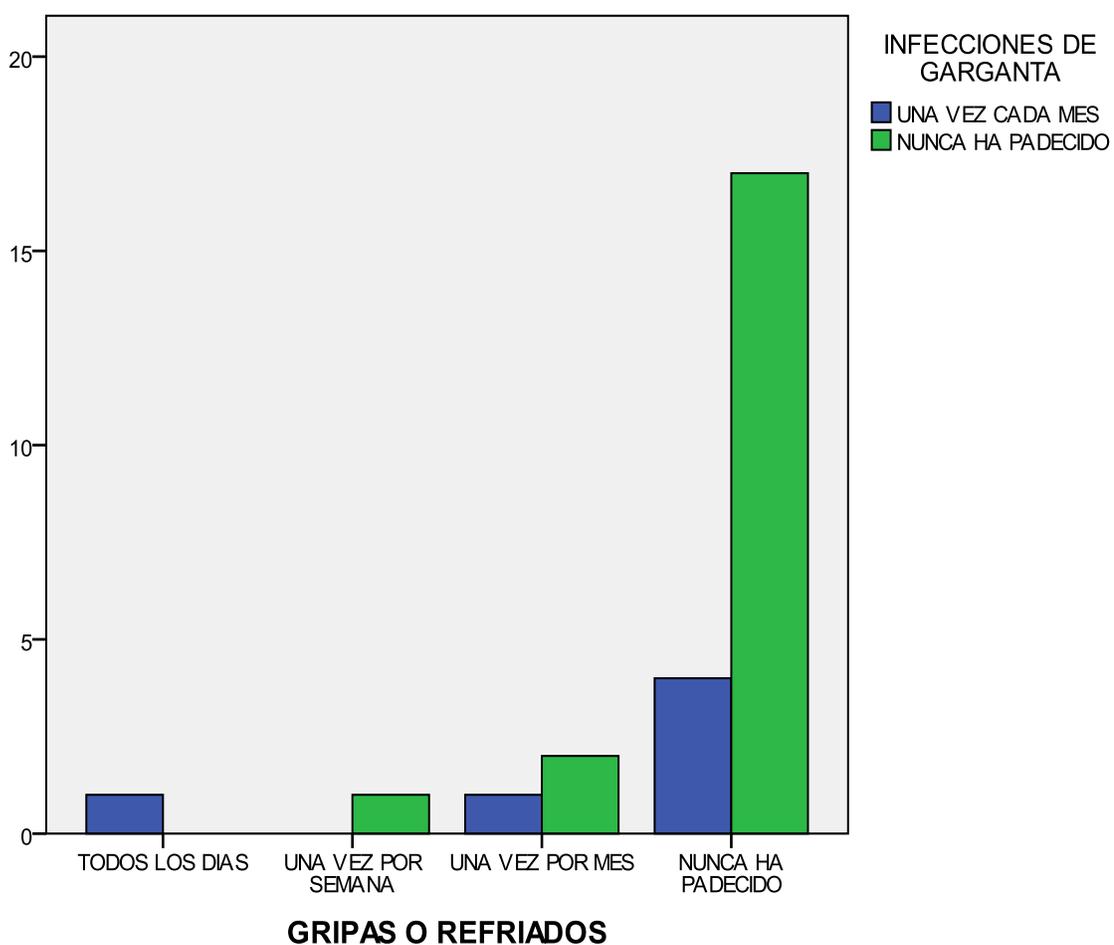
		INFECCIONES DE GARGANTA		Total%
		UNA VEZ CADA MES %	NUNCA HA PADECIDO%	
<b>GRIPAS O REFRIADOS</b>	NUNCA HA PADECIDO	4 15.4	17 65.4	21 80.8
	UNA VEZ POR MES	1 3.8	2 7.7	3 11.5
	UNA VEZ POR SEMANA	0 0	1 3.8	1 3.8
	TODOS LOS DIAS	1 3.8	0 0	1 3.8
	Total	6 23.1	20 76.9	26 100.0

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

## GRÁFICA 05

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (INFECCIONES DE GARGANTA Y GRIPAS O REFRIADOS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 5

**CUADRO 06**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (TOS Y FLEMA) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

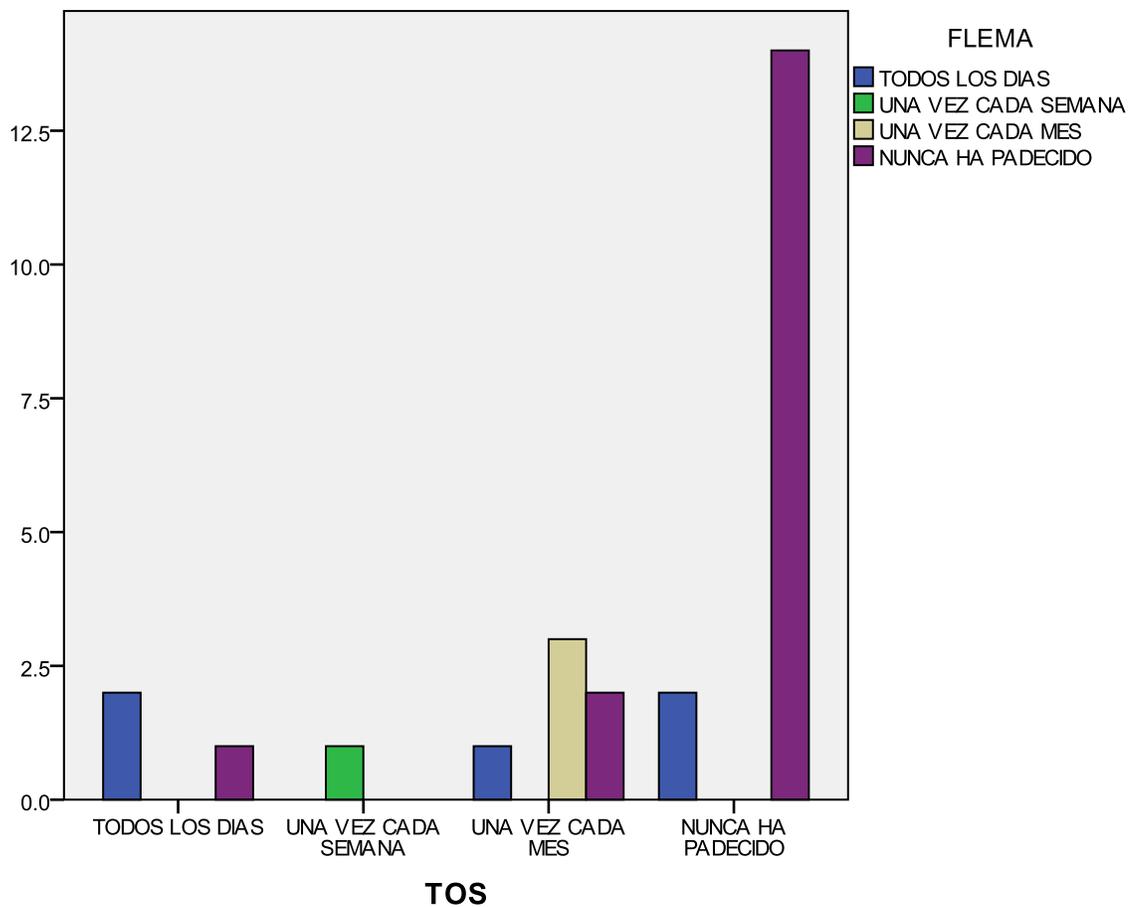
	FLEMA				Total
	TODOS LOS DIAS %	UNA VEZ CADA SEMANA %	UNA VEZ CADA MES %	NUNCA HA PADECIDO %	
<b>TOS NUNCA HA PADECIDO</b>	2 7.7	0 0	0 0	14 53.8	16 61.5%
UNA VEZ CADA MES	1 3.8	0 0	3 11.5	2 7.7	6 23.1%
UNA VEZ CADA SEMANA	0 0	1 3.8	0 0	0 0	1 3.8%
TODOS LOS DIAS	2 7.7	0 0	0 0	1 3.8	3 11.5%
	5 19.2	1 3.8	3 11.5	17 65.4	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

## GRÁFICA 06

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (TOS Y FLEMA) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.6

**CUADRO 07**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (FIEBRES ALTAS POR LAS TARDES Y SUDORACIONES NOCTURNAS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

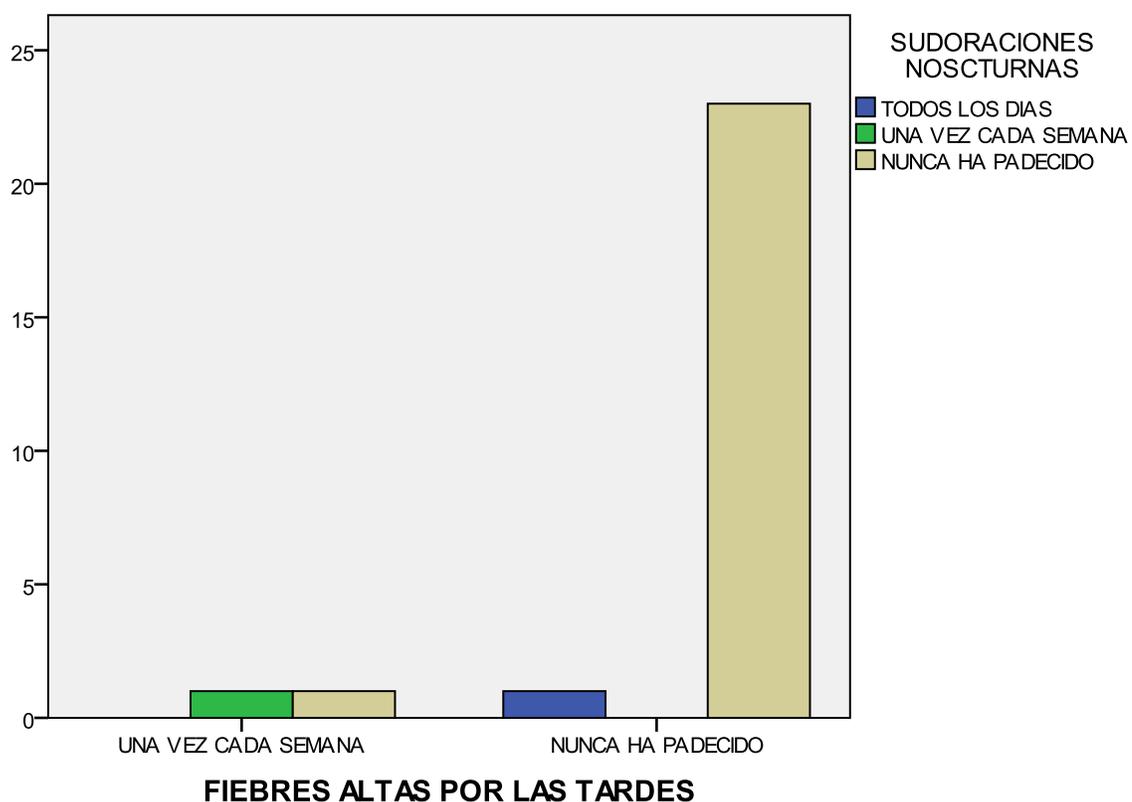
		SUDORACIONES NOSCTURNAS			Total
		TODOS LOS DIAS	UNA VEZ CADA SEMANA	NUNCA HA PADECIDO	
<b>FIEBRES ALTAS POR LAS TARDES</b>	NUNCA HA PADECIDO	1 3.8	0 0	23 88.5	24 92.3%
	UNA VEZ CADA SEMANA	0 0	1 3.8	1 3.8	2 7.7%
Total		1 3.8	1 3.8	24 92.3	26 100.0%

FUENTES: Misma cuadro núm.1

## GRÁFICA 07

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (FIEBRES ALTAS POR LAS TARDES Y SUDORACIONES NOCTURNAS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 7

**CUADRO 08.**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (BRONQUITIS Y NEUMONIAS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

	NEUMONIAS		Total
	UNA VEZ CADA MES	NUNCA HA PADECIDO	
<b>BRONQUITIS</b> *NUNCA HA PADECIDO	1	25	26
	3.8	96.2	100.0%
Total	1	25	26
	3.8	96.2	100.0%

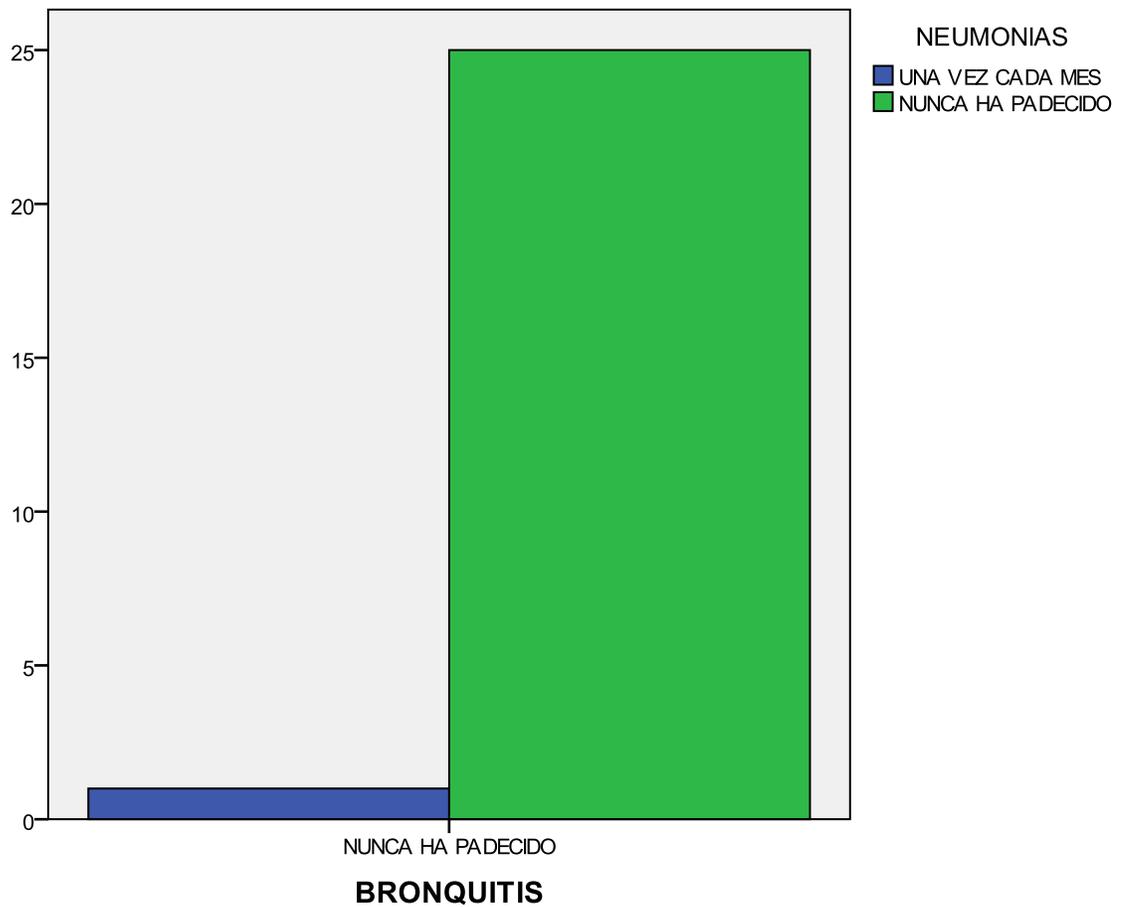
FUENTE: Misma cuadro núm.1

\*NOTA: Ningún entrevistado presento bronquitis.

**GRÁFICA 08.**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (BRONQUITIS Y NEUMONIAS) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 8

**CUADRO 09**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (PERDIDA DE PESO Y PERDIDA DE APETITO) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

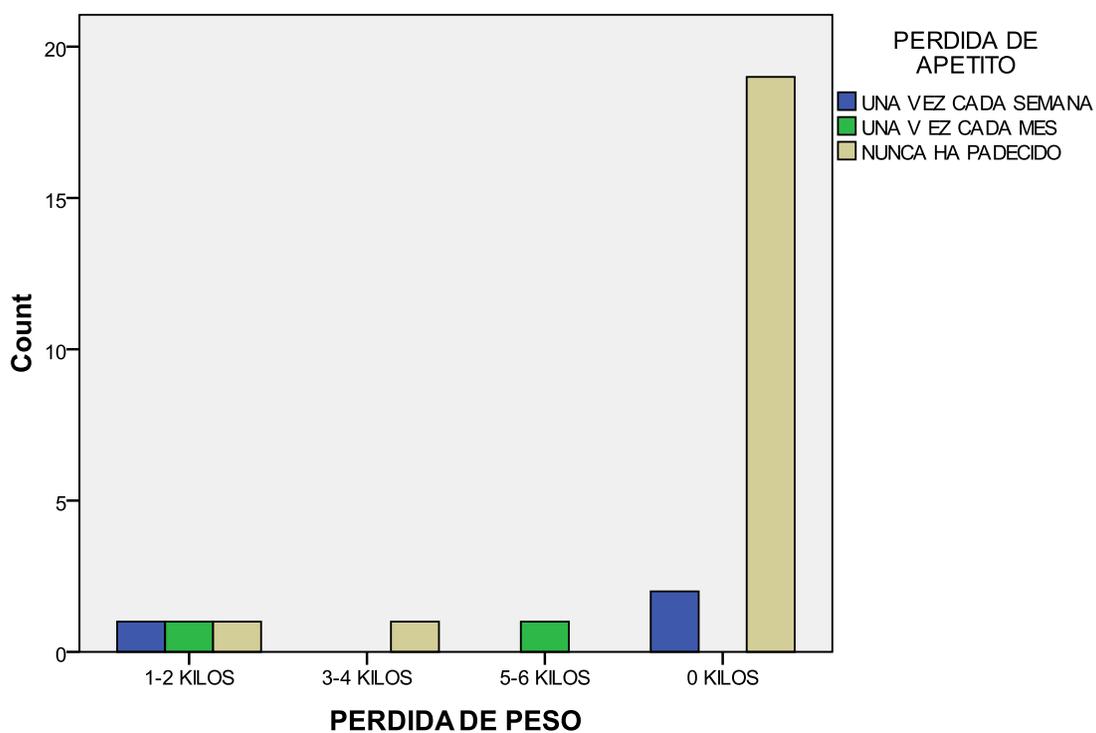
		PERDIDA DE PESO				Total
		1-2 KILOS	3-4 KILOS	5-6 KILOS	0 KILOS	
<b>PERDIDA DE APETITO</b>	NUNCA HA PADECIDO	1	1	0	19	21
		3.8	3.8	0	73.1	80.8%
	UNA V EZ CADA MES	1	0	1	0	2
		3.8	0	3.8	.0	7.7%
	UNA VEZ CADA SEMANA	1	0	0	2	3
		3.8	0	.0	7.7	11.5%
Total		3	1	1	21	26
		11.5	3.8	3.8	80.8	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 09

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (PERDIDA DE PESO Y PERDIDA DE APETITO) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 9

**CUADRO 10**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (MIALGIAS Y HEMOPTISIS)  
EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA  
SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS  
PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

		*HEMOPTISIS	
		NUNCA HA PADECIDO %	Total
MIALGIAS	NUNCA HA PADECIDO	15 57.7	15 57.7%
	UNA VEZ CADA MES	4 15.4	4 15.4%
	UNA VEZ CADA SEMANA	3 11.5	3 11.5%
	TODOS LOS DIAS	4 15.4	4 15.4%
Total		26 100.0	26 100.0%

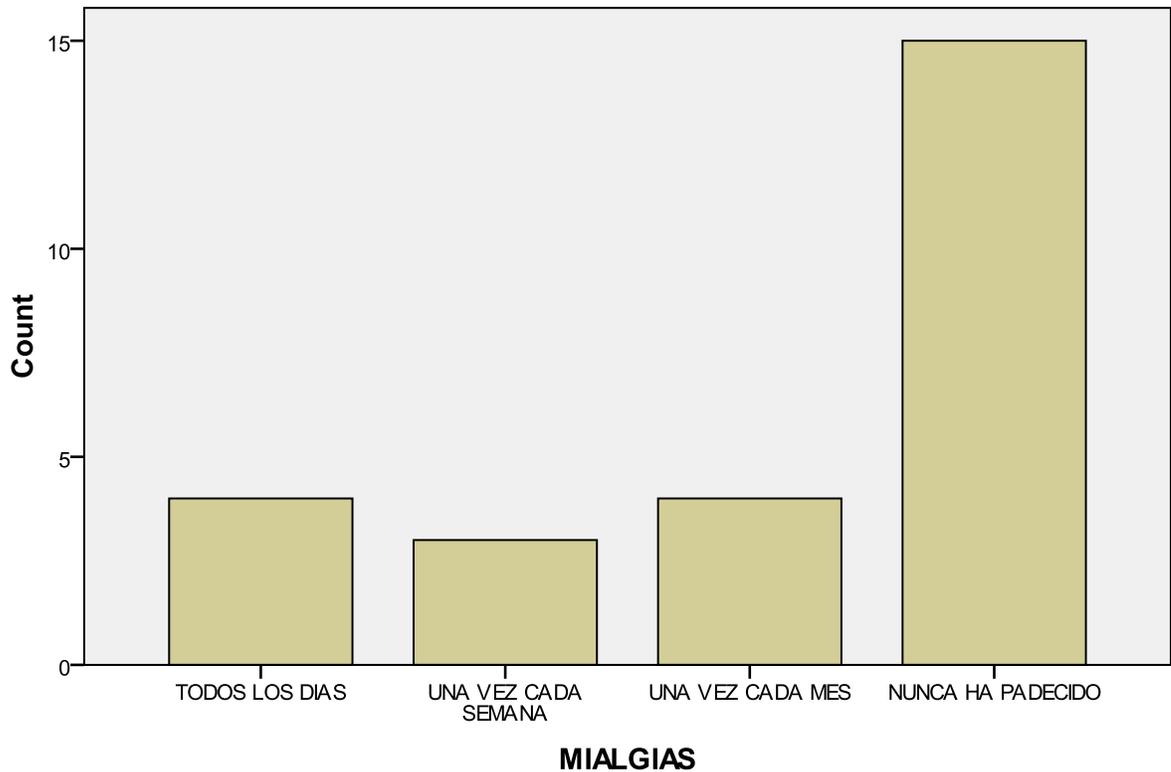
FUENTE: Misma cuadro núm. 1

NOTA: \*Ningún paciente entrevistado reporto hemoptisis.

### GRÁFICA 10

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD (MIALGIAS Y FLEMAS CON SANGRE) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.10

### CUADRO 11

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN CON  
DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA  
TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR. CS.  
GGC  
2008**

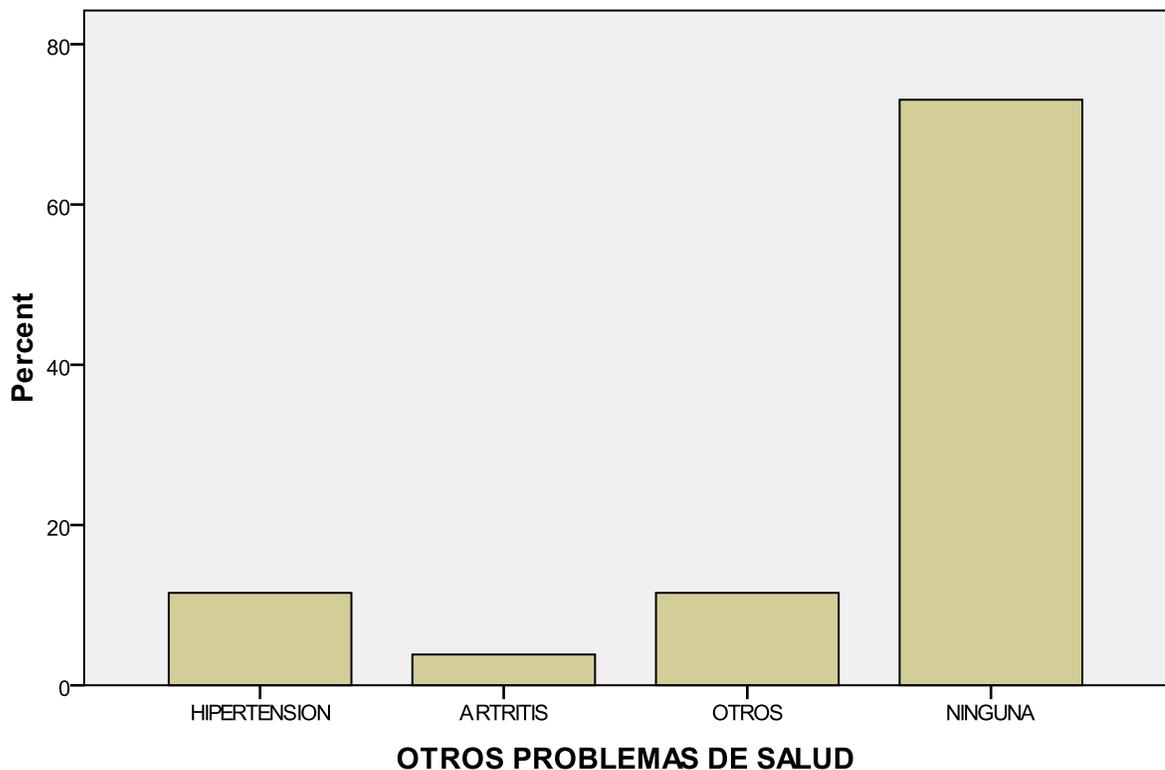
PROBLEMAS DE SALUD	Fo.	%	%ac
HIPERTENSION	3	11.5	11.5
ARTRITIS	1	3.8	15.4
OTROS	3	11.5	26.9
NINGUNA	19	73.1	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro num.1

### GRÁFICA 11

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD EN LA POBLACIÓN CON  
DIABETES MELLITUS EN CUYA CALIDAD DE VIDA SE OBSERVA LA  
TENDENCIA DE RIESGO A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR. CS.  
GGC  
2008**

#### OTROS PROBLEMAS DE SALUD



FUENTE: Misma cuadro núm.11

**CUADRO 12**

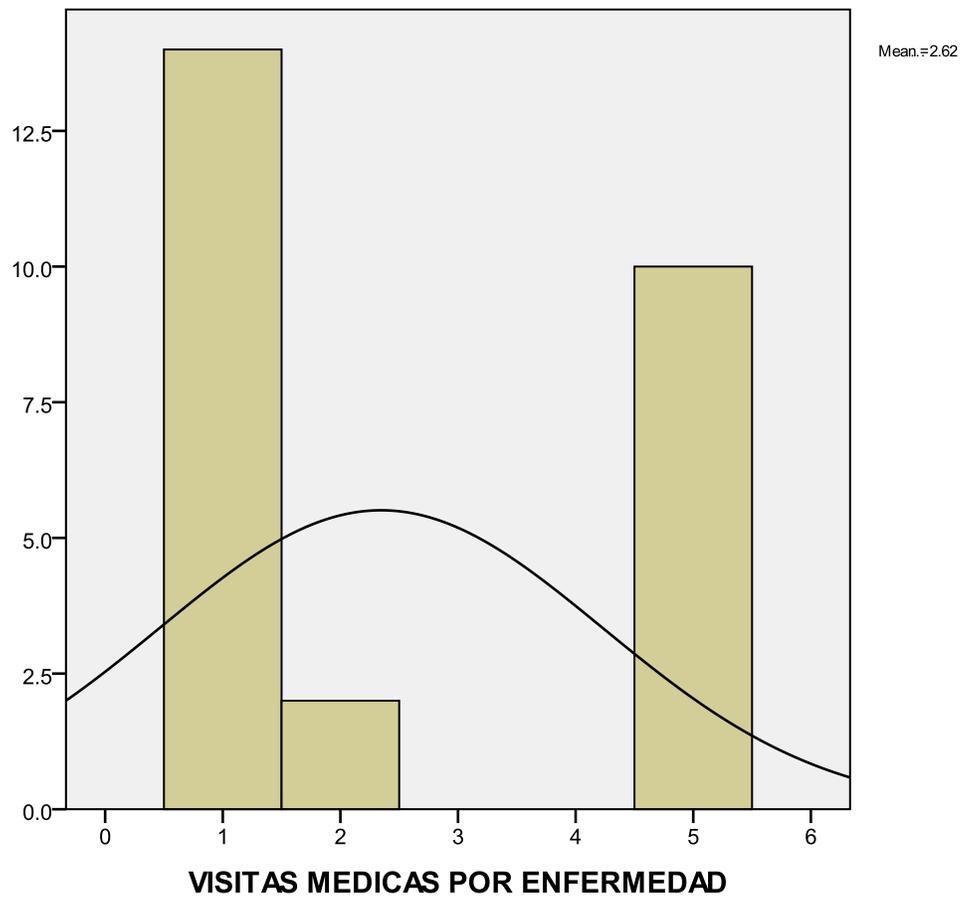
**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE VISITAS MÉDICAS QUE POR ENFERMEDAD LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA DE PADECER TUBERCULOSIS MANIFESTARON HABER TENIDO EN EL ÚLTIMO MES C.S GGC.  
2008**

<b>VISITAS MEDICAS POR ENFERMEDAD</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac</b>
1-2	14	53.8	53.8
3-4	2	7.7	61.5
0	10	38.5	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: misma cuadro núm. 1

**GRÁFICA 12**

**DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE VISITAS MÉDICAS QUE POR ENFERMEDAD LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA DE PADECER TUBERCULOSIS MANIFESTARON HABER TENIDO EN EL ÚLTIMO MES C.S GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 12

### CUADRO 13

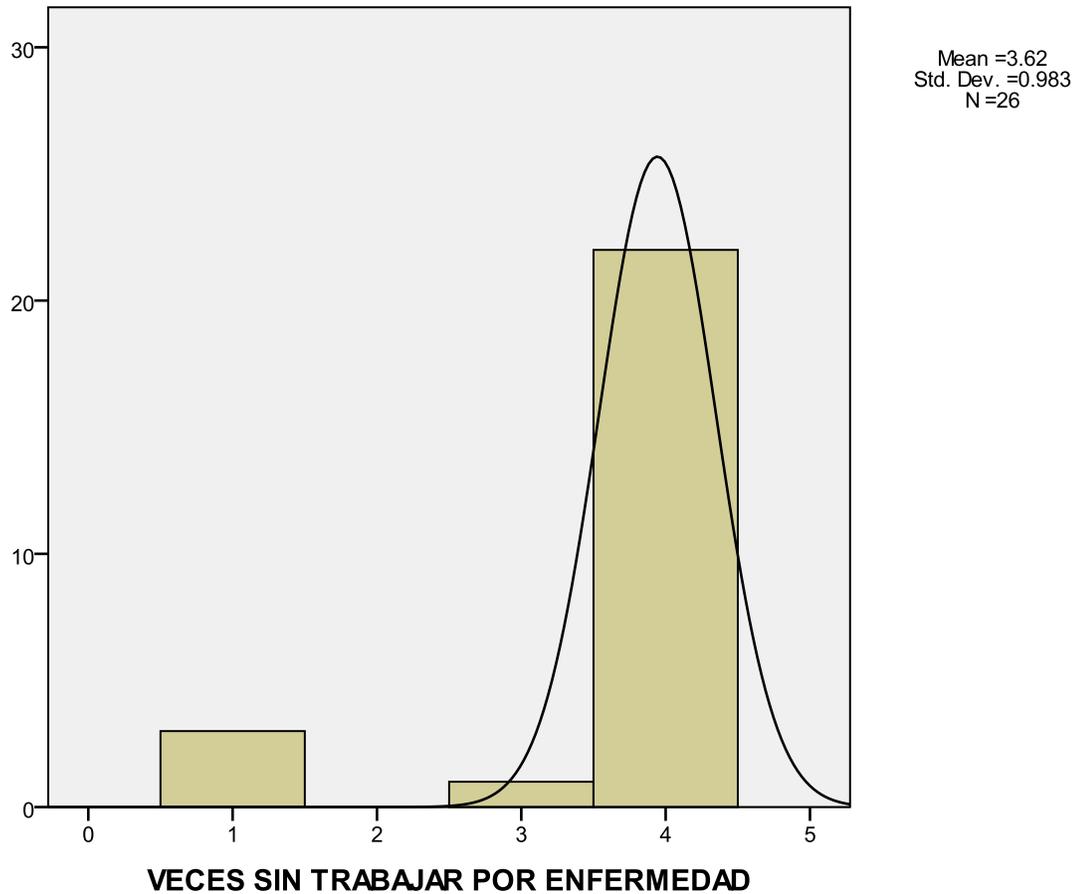
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS DE AUSENTISMO EN EL TRABAJO O  
ACTIVIDADES LABORALES A CAUSA DE ENFERMEDAD EN LOS  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA  
DE PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.  
2008**

<b>AUSENTISMO EN ACTIVIDADES LABORALES</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac</b>
1	3	11.5	11.5
3	1	3.8	15.4
NUNCA	22	84.6	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 13

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS DE AUSENTISMO EN EL TRABAJO O ACTIVIDADES LABORALES A CAUSA DE ENFERMEDAD EN EL ÚLTIMO MES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR. C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 13

## CUADRO 14

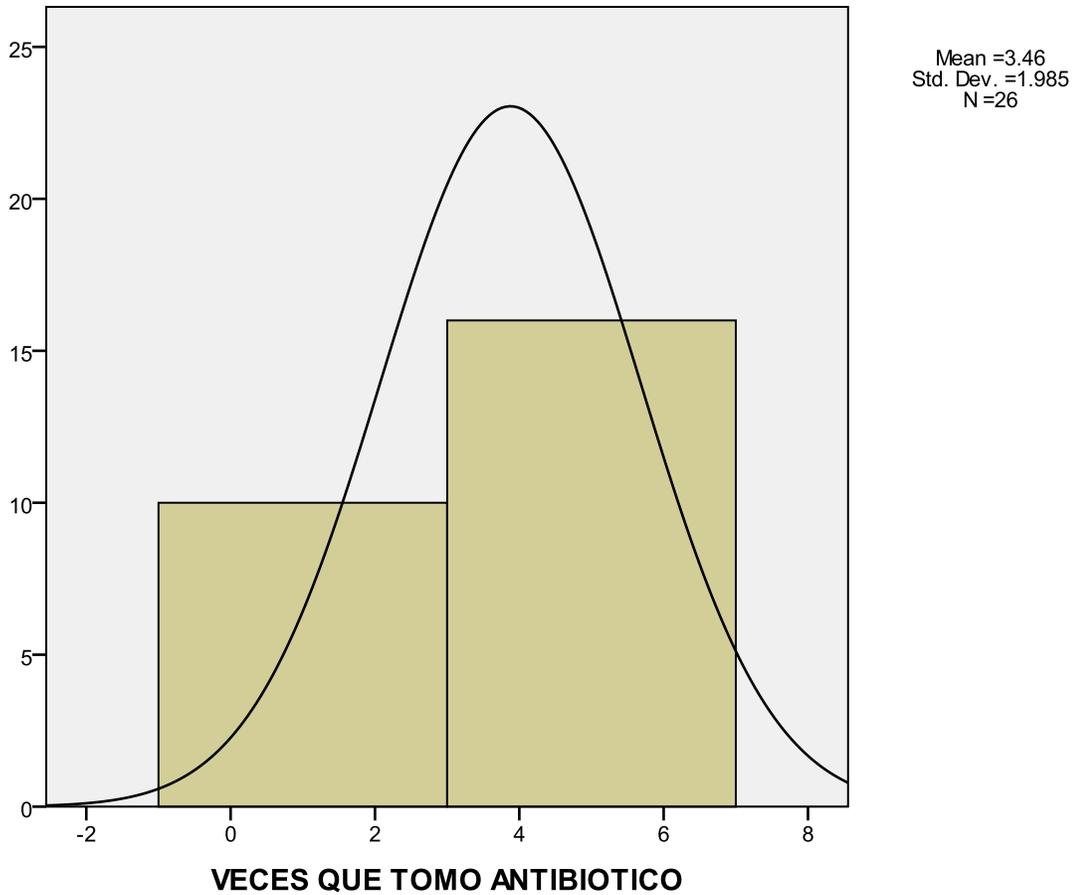
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCACIONES QUE RECIBIO TRATAMIENTO CON  
ANTIBIOTICO DEL ULTIMO MES EN LOS PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS Y RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PADECER  
TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.  
2008**

<b>VECES QUE TOMO ANTIBIOTICO</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac.</b>
1-2	10	38.5	38.5
0	16	61.5	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Cuadro núm.1

### GRÁFICA 14

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCASIONES QUE RECIBIO TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO DEL ÚLTIMO MES EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC. 2008



FUENTE: Misma cuadro núm.14

**CUADRO 15**

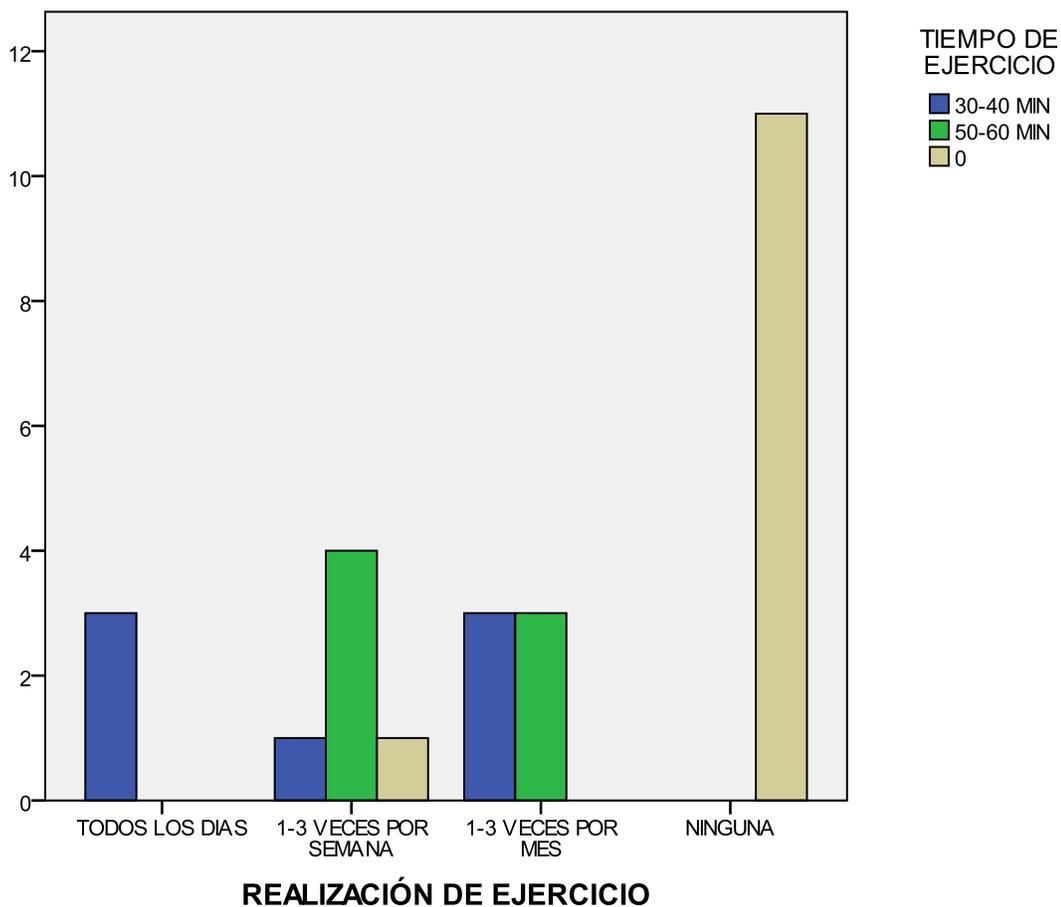
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LOS DIAS DE EJERCICIO Y TIEMPO  
PROMEDIO DEL MISMO QUE REALIZAN LOS PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA  
CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA  
C.S. GGC.  
2008**

	TIEMPO DE EJERCICIO			Total
	30-40 MIN	50-60 MIN	0	
REALIZACIÓN DE EJERCICIO NINGUNA	0	0	11	11
	0	0	42.3	42.3%
1-3 VECES POR MES	3	3	0	6
	11.5	11.5	0	23.1%
1-3 VECES POR SEMANA	1	4	1	6
	3.8	15.4	3.8	23.1%
TODOS LOS DIAS	3	0	0	3
	11.5	0	0	11.5%
	7	7	12	26
	26.9	26.9	46.2	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 15

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LOS DIAS DE EJERCICIO Y TIEMPO PROMEDIO DEL MISMO QUE REALIZAQN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.15

**CUADRO 16**

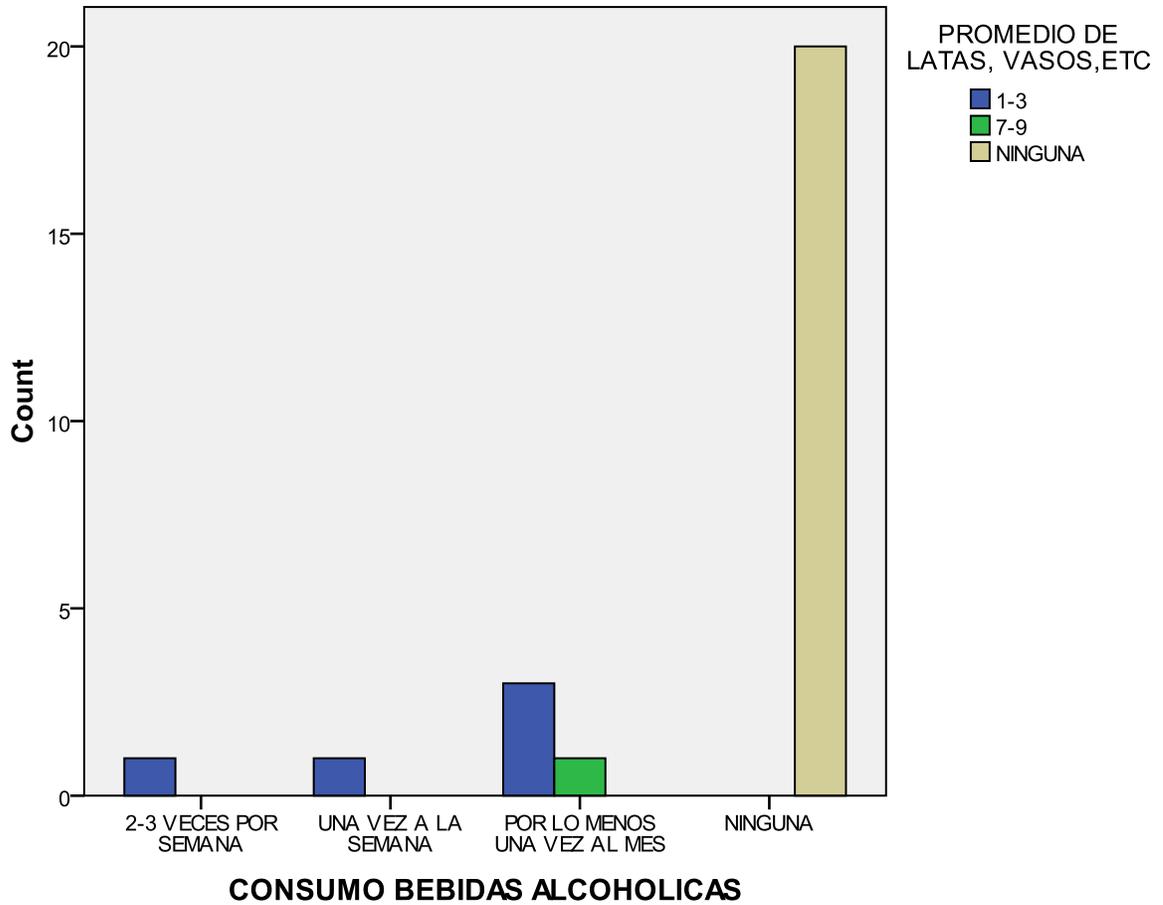
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.  
2008**

		PROMEDIO DE LATAS, VASOS,ETC			Total
		1-3	7-9	NINGUNA	
<b>CONSUMO BEBIDAS ALCOHOLICAS</b>	NINGUNA	0	0	20	20
		0	0	76.9	76.9%
	POR LO MENOS UNA VEZ AL MES	3	1	0	4
		11.5	3.8	0	15.4%
	UNA VEZ A LA SEMANA	1	0	0	1
		3.8	0	0	3.8%
	2-3 VECES POR SEMANA	1	0	0	1
		3.8	0	0	3.8%
Total		5	1	20	26
		19.2	3.8	76.9	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 16

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.16

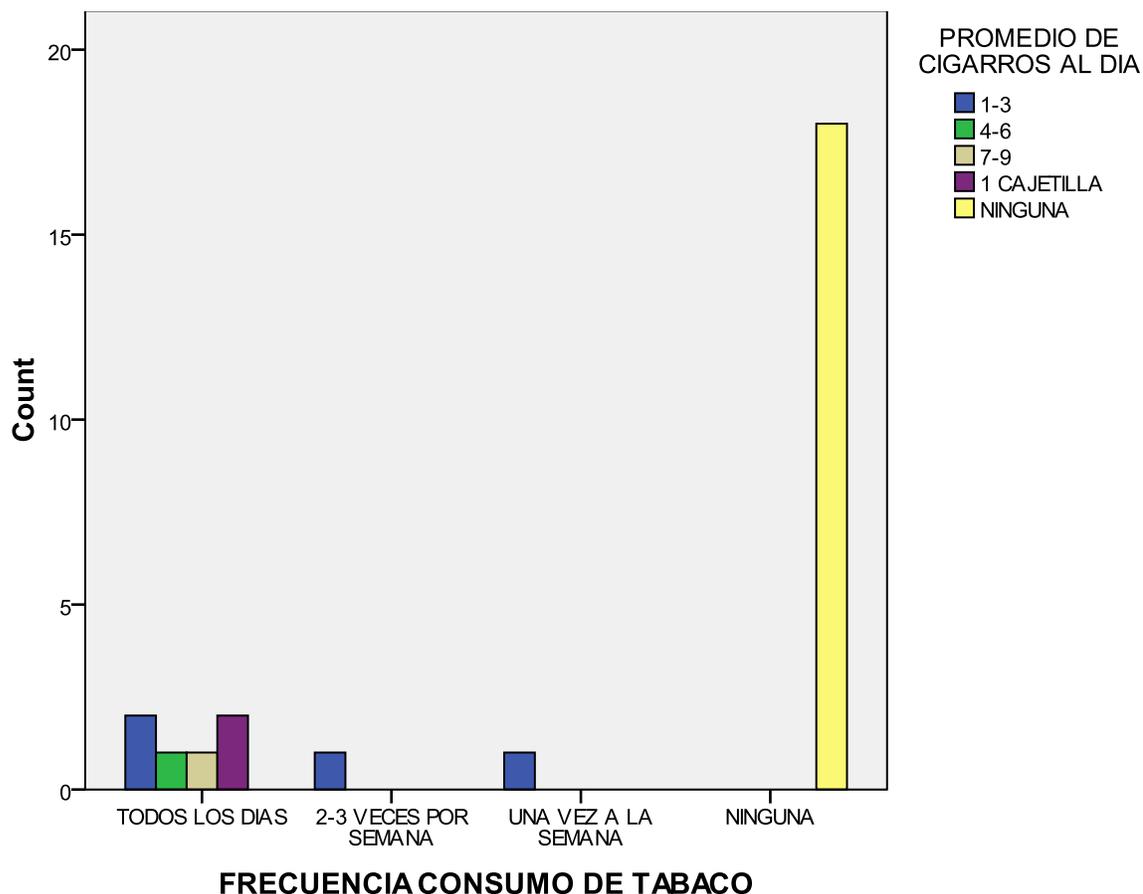
**CUADRO 17**

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL CONSUMO DE TABACO DE LOS  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA  
CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO  
ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.  
2008**

		PROMEDIO DE CIGARROS AL DIA					Total
		1-3%	4-6%	7-9%	1 CAJETILLA %	NINGUNA	
<b>FRECUENCIA CONSUMO DE TABACO</b>	NINGUNA	0	0	0	0	18	18
		0	0	0	0%	69.2%	69.2%
	UNA VEZ A LA SEMANA	1	0	0	0	0	1
		3.8	0	0	0%	0%	3.8%
	2-3 VECES POR SEMANA	1	0	0	0	0	1
	3.8	0	0	0%	0%	3.8%	
	TODOS LOS DIAS	2	1	1	2	0	6
		7.7	3.8	3.8	7.7%	.0%	23.1%
		4	1	1	2	18	26
		15.4	3.8	3.8	7.7%	69.2	100.0 %

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

**GRÁFICA 17**  
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL CONSUMO DE TABACO DE LOS**  
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS Y FACTORES DE RIESGO EN LA**  
**CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO**  
**ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.17

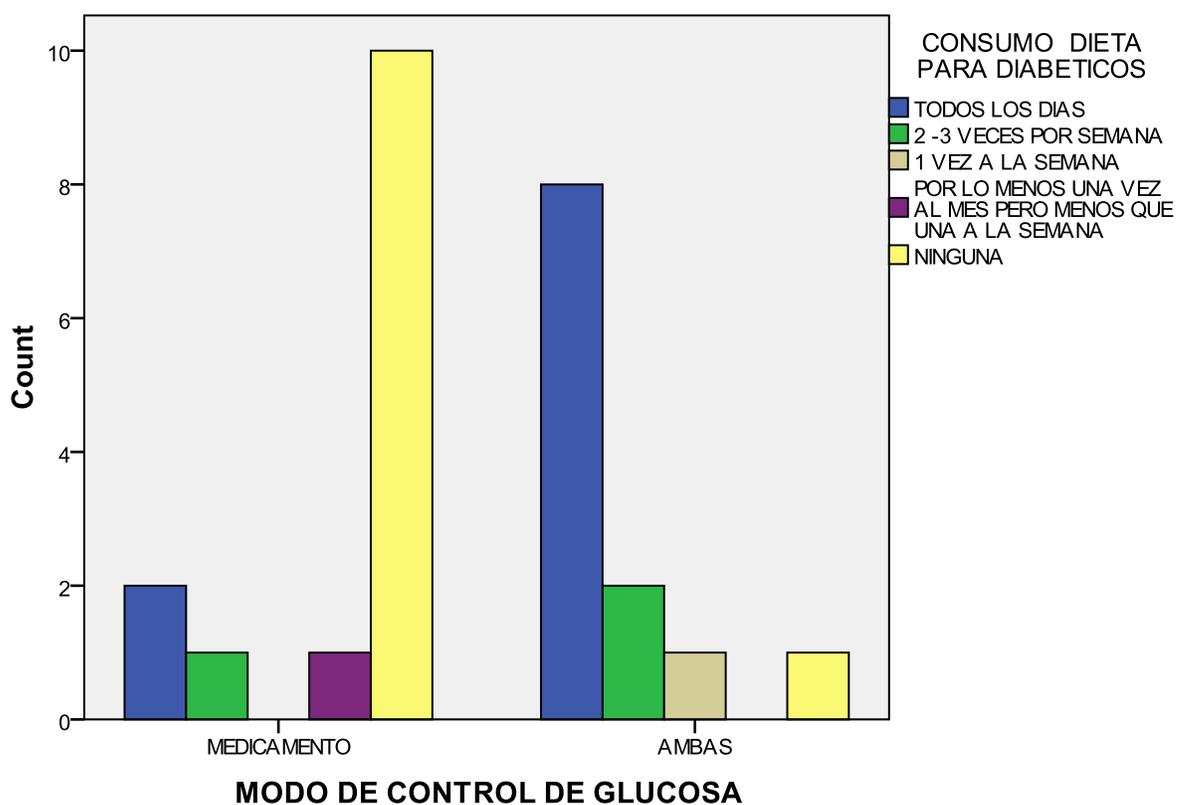
**CUADRO 18**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS QUE EN EL ÚLTIMO MES SE**  
**CONSUMIERON PRODUCTOS PROPIOS DE LA DIETA PARA DIABÉTICOS Y**  
**LA FORMA DE CONTROLAR LOS NIVELES DE GLUCOSA POR LOS**  
**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN FACTORES DE**  
**RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS COMO**  
**ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S GGC.**  
**2008**

		MODO DE CONTROL DE GLUCOSA		Total
		MEDICAMENTO	AMBAS	
		%	%	
<b>CONSUMO DIETA PARA DIABETICOS</b>	NINGUNA	10	1	11
		38.5	3.8	42.3%
	POR LO MENOS UNA VEZ AL MES PERO MENOS QUE UNA A LA SEMANA	1	0	1
		3.8	.0	3.8%
	1 VEZ A LA SEMANA	0	1	1
	.0	3.8	3.8%	
	2 -3 VECES POR SEMANA	1	2	3
		3.8%	7.7	11.5%
	TODOS LOS DIAS	2	8	10
		7.7	30.8	38.5%
		14	12	26
		53.8	46.2	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

**GRÁFICA 18.**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS QUE EN EL `ÚLTIMO MES SE CONSUMIERON PRODUCTOS PROPIOS DE LA DIETA PARA DIABETICOS Y LA FORMA DE CONTROLAR LOS NIVELES DE GLUCOSA POR LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PAECER TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S GGC.**



**2008**

FUENTE: Misma cuadro núm.18

### CUADRO 19

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS QUE EN EL ÚLTIMO MES SE REALIZÓ  
CONSULTA MEDICA PARA CONTROL DE LA DIABETES POR LOS  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN FACTORES DE  
RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PAECER TUBERCULOSIS COMO  
ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S GGC.**

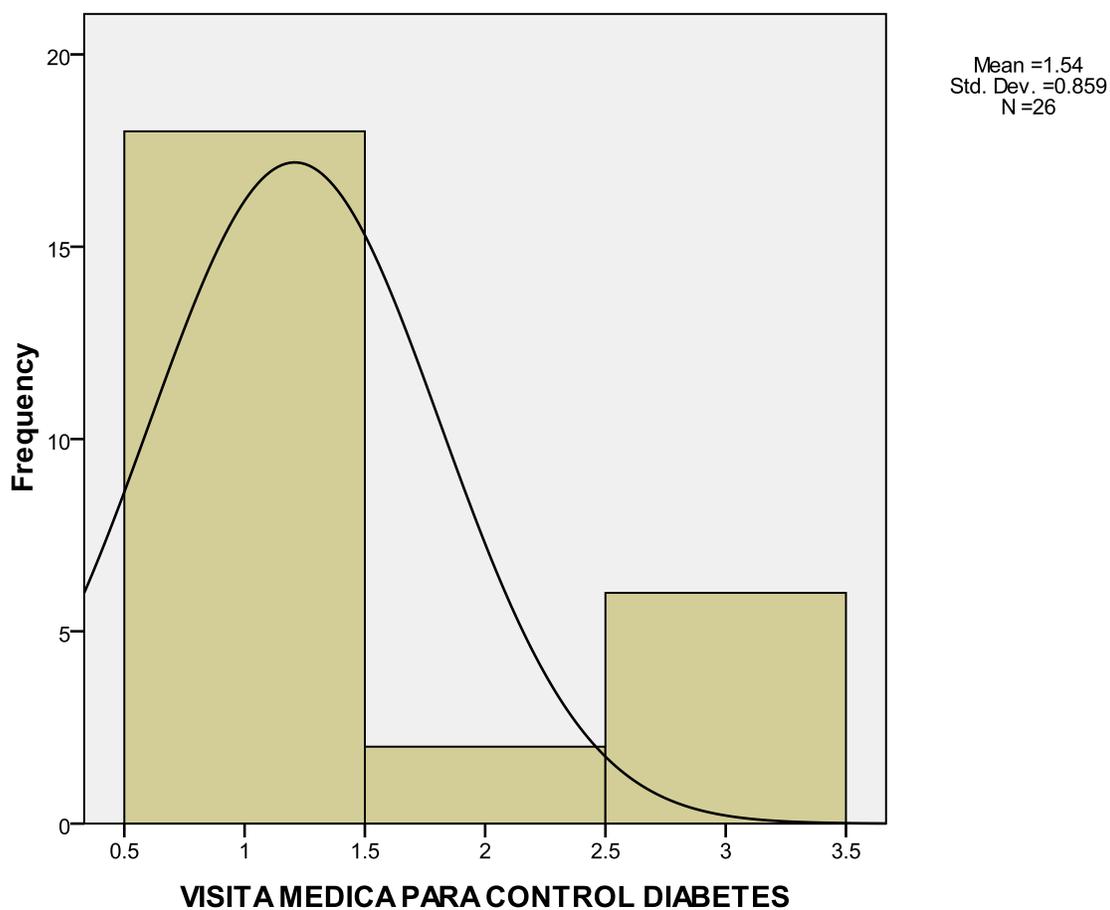
**2008**

<b>VISITA MEDICA PARA CONTROL DIABETES</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac</b>
1-2	18	69.2	69.2
3-4	2	7.7	76.9
0	6	23.1	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro no.1

### GRÁFICA 19

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS DIAS QUE EN EL ULTIMO MES SE REALIZÓ CONSULTA MÉDICA PARA CONTROL DE LA DIABETES POR LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PAECER TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.19

**CUADRO 20**

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS  
MÉDICOS Y LA SATISFACCIÓN CON LA PROPIA SALUD DE LOS  
DIABÉTICOS CON RIESGO EN SU CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER  
TUBERCUOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**

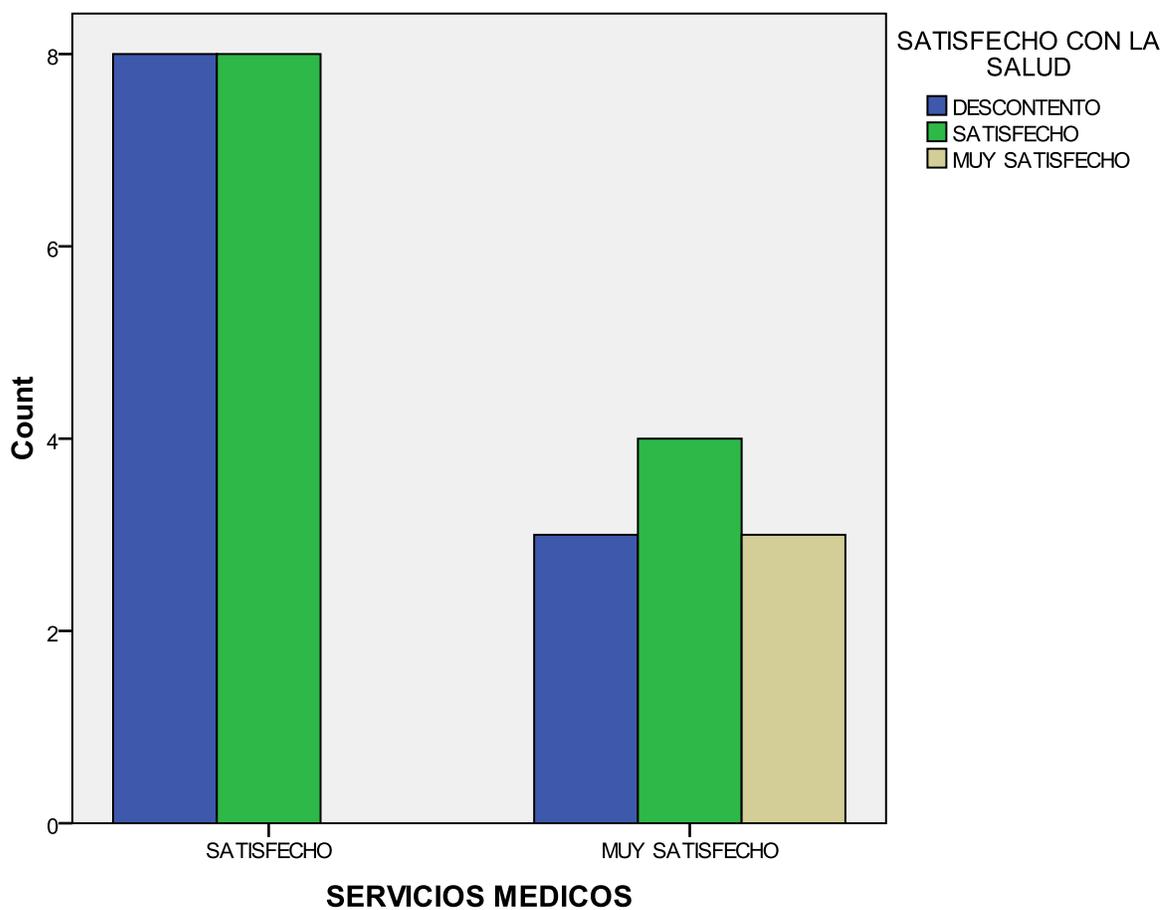
		SERVICIOS MEDICOS		Total
		SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
CON LA SALUD	MUY SATISFECHO	0 .0	3 11.5	3 11.5%
	SATISFECHO	8 30.8	4 15.4	12 46.2%
	DESCONTENTO	8 30.8	3 11.5	11 42.3%
		16 61.5	10 38.5	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

## GRÁFICA 20

### DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS MÉDICOS Y LA SALUD DE LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCUOSIS PULMONAR.COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.

2008



FUENTE: Misma cuadro núm.20

## CUADRO 21

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LA ENERGÍA QUE TIENE PARA REALIZAR ACTIVIDADES Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**

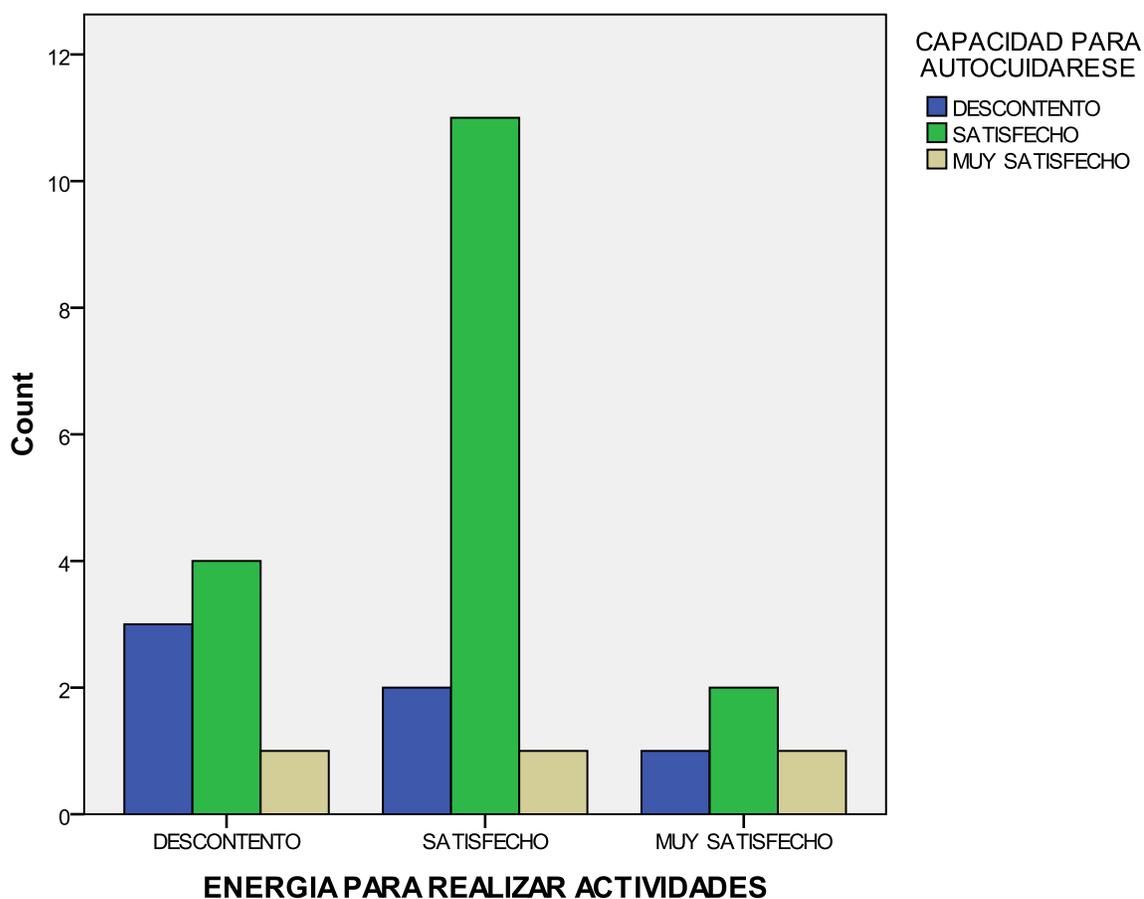
		CAPACIDAD PARA AUTOCUIDARSE			Total
		DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>ENERGIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES</b>	MUY SATISFECHO	1 3.8	2 7.7	1 3.8	4 15.4%
	SATISFECHO	2 7.7	11 42.3	1 3.8	14 53.8%
	DESCONTENTO	3 11.5	4 15.4	1 3.8	8 30.8%
	<b>Total</b>	6 23.1	17 65.4	3 11.5	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 21

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LA ENERGÍA QUE TIENE PARA REALIZAR ACTIVIDADES Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCUOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.21

**CUADRO 22**

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN DE CONTROL EN SU PROPIA VIDA Y LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA QUE DEBEN HACER A CAUSA DE LA PROPIA ENFERMEDAD LOS DIABETICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCUOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**

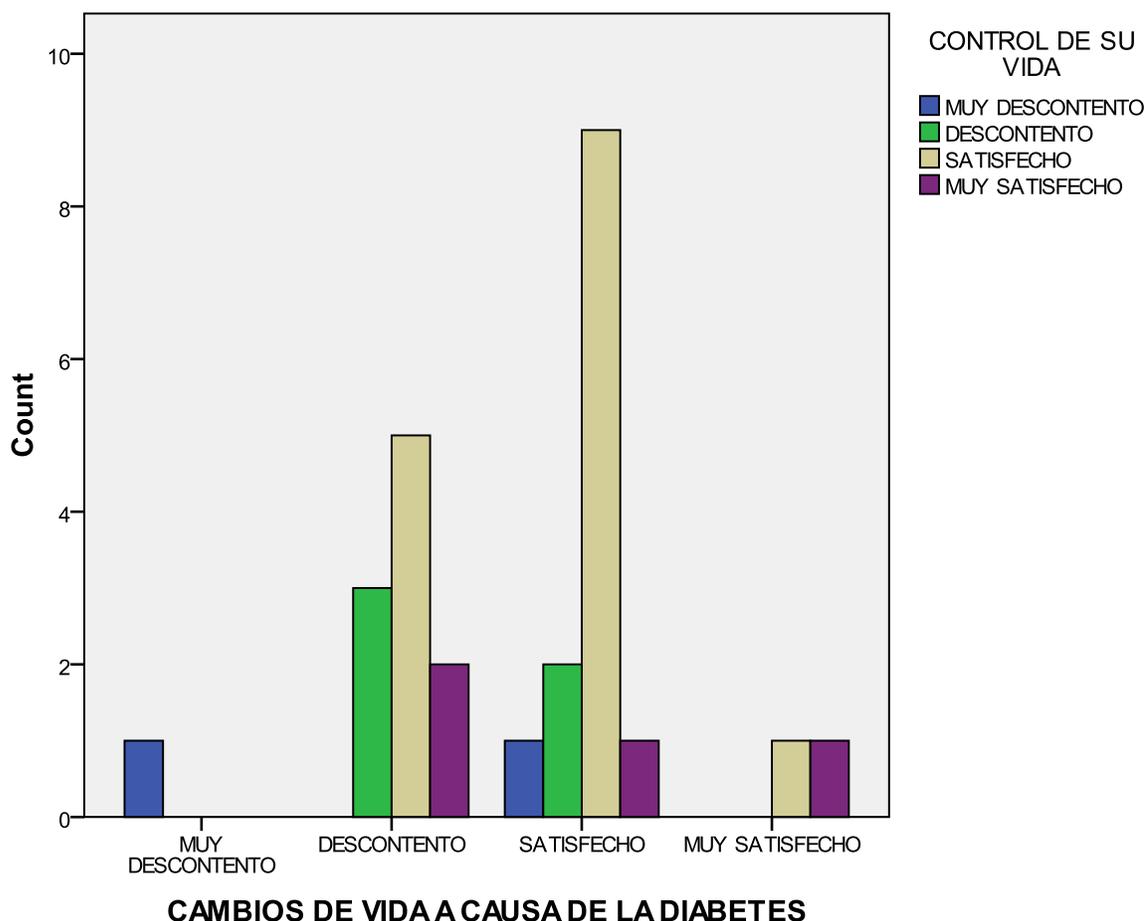
		CONTROL DE SU VIDA				Total
		MUY DESCONTENTO	DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>CAMBIOS DE VIDA A CAUSA DE LA DIABETES</b>	MUY SATISFECHO	0	0	1	1	2
	SATISFECHO	.0	.0	3.8	3.8	7.7%
	SATISFECHO	1	2	9	1	13
		3.8	7.7	34.6	3.8	50.0%
	DESCONTENTO	0	3	5	2	10
		.0	11.5	19.2	7.7	38.5%
MUY DESCONTENTO	1	0	0	0	1	
	3.8	.0	.0	.0	3.8%	
	2	5	15	4	26	
	7.7	19.2	57.7	15.4	100.0%	

FUENTE: Misma cuadro núm.1

## GRÁFICA 22

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN DE CONTROL EN SU PROPIA VIDA Y LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA QUE DEBEN HACER A CAUSA DE LA PROPIA ENFERMEDAD LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.22

**CUADRO 23**

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LA MANERA DE CONTROLAR NIVELES GLUCOSA EN SANGRE Y LA SATISFACCION CON LA HABILIDAD PARA RESPIRAR EN LOS DIABETICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCUOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**

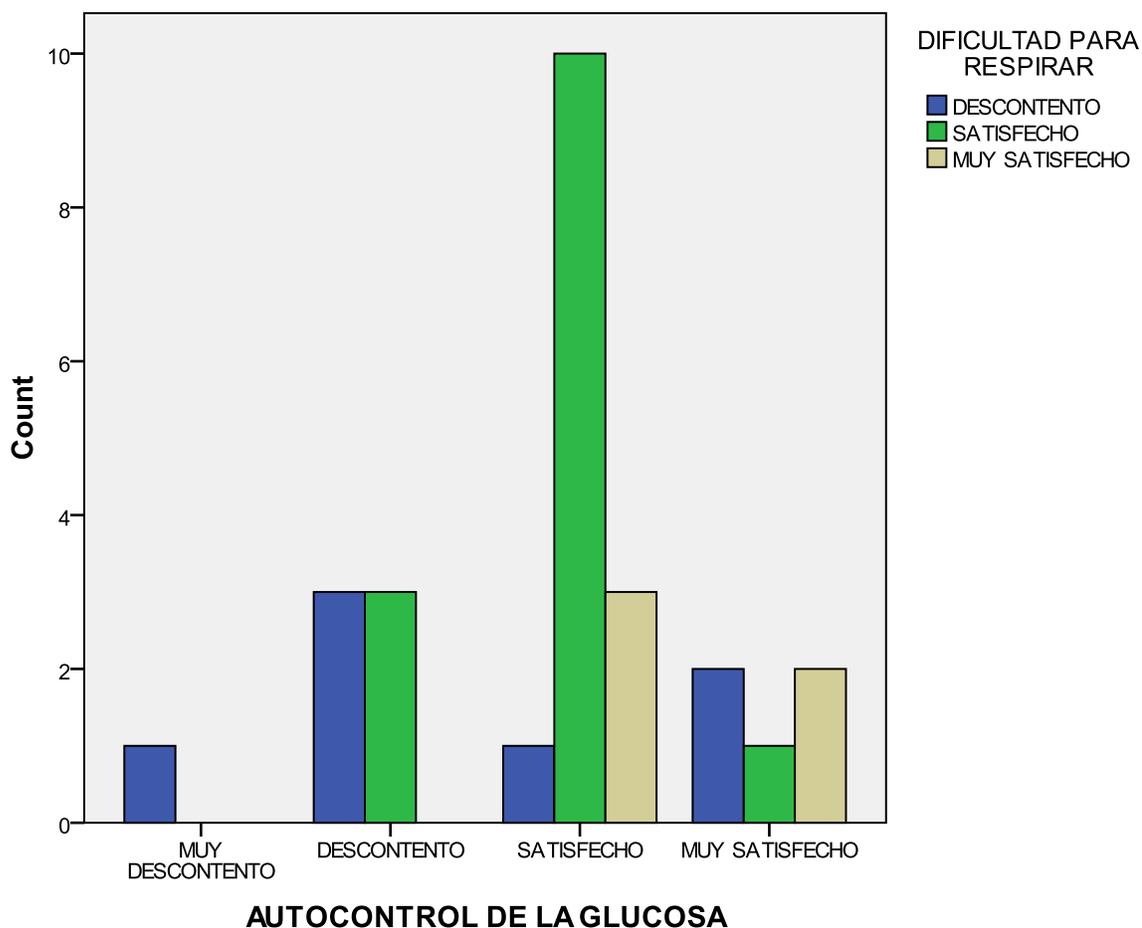
		DIFICULTAD PARA RESPIRAR			Total
		DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
AUTOCONTROL DE LA GLUCOSA	MUY SATISFECHO	2 7.7	1 3.8	2 7.7	5 19.2%
	SATISFECHO	1 3.8	10 38.5	3 11.5	14 53.8%
	DESCONTENTO	3 11.5	3 11.5	0 .0	6 23.1%
	MUY DESCONTENTO	1 3.8	0 .0	0 .0	1 3.8%
Total		7 26.9	14 53.8	5 19.2	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 23

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN CON LA MANERA DE CONTROLAR NIVELES GLUCOSA EN SANGRE Y LA SATISFACCIÓN CON LA HABILIDAD PARA RESPIRAR EN LOS Diabéticos CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.

2008



FUENTE: Misma cuadro no. 23

**CUADRO 24**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA FELICIDAD FAMILIAR Y LA SATISFACCIÓN DE SER UTIL A OTROS EN LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

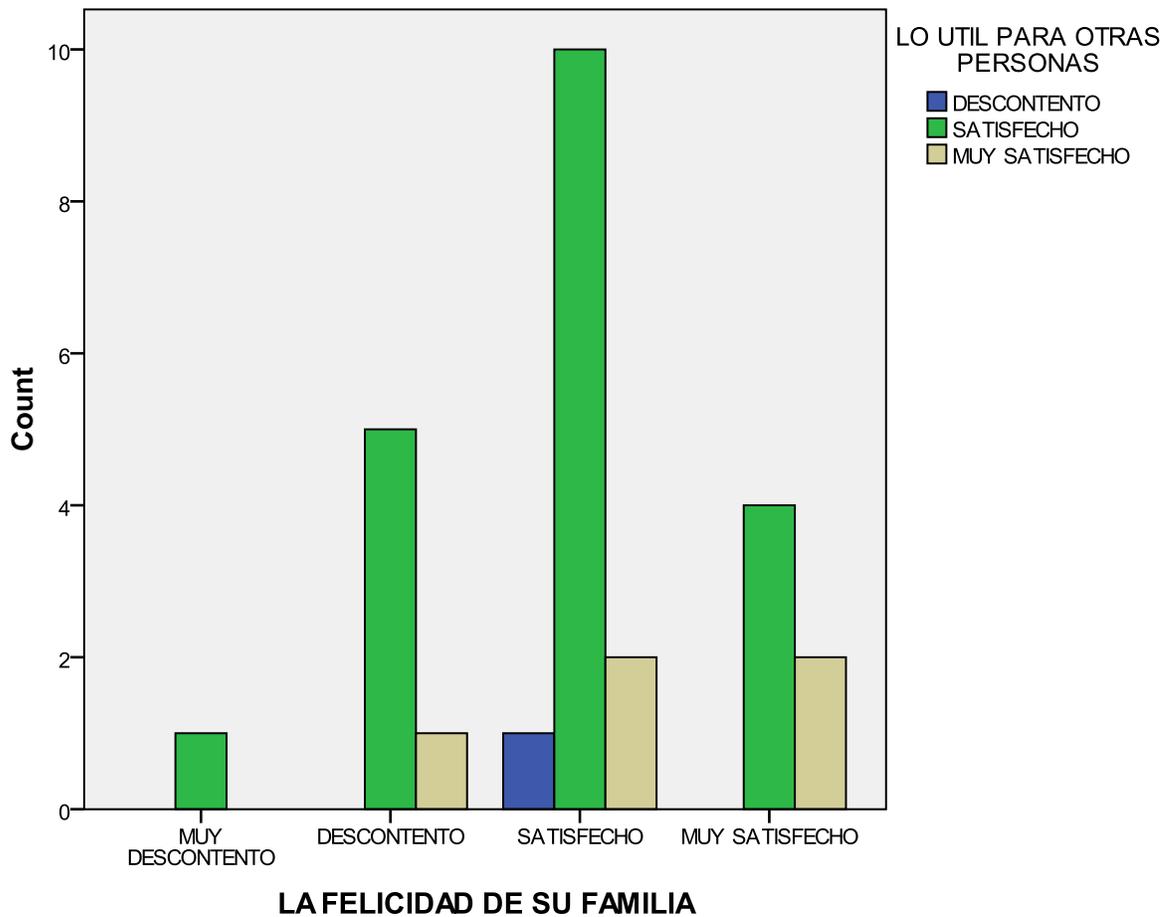
**2008**

		LO UTIL PARA OTRAS PERSONAS			Total
		DESCONTE NTO	SATISFECHO	MUY SATISFECH O	
<b>LA FELICIDAD DE SU FAMILIA</b>	MUY SATISFECHO	0 .0	4 15.4	2 7.7	6 23.1%
	SATISFECHO	1 3.8	10 38.5	2 7.7	13 50.0%
	DESCONTENTO	0 .0	5 19.2	1 3.8	6 23.1%
	MUY DESCONTENTO	0 .0	1 3.8	0 .0	1 3.8%
		1 3.8	20 76.9	5 19.2	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

## GRÁFICA 24

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA FELICIDAD FAMILIAR Y LA SATISFACCIÓN DE SER ÚTIL A OTROS EN LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.24

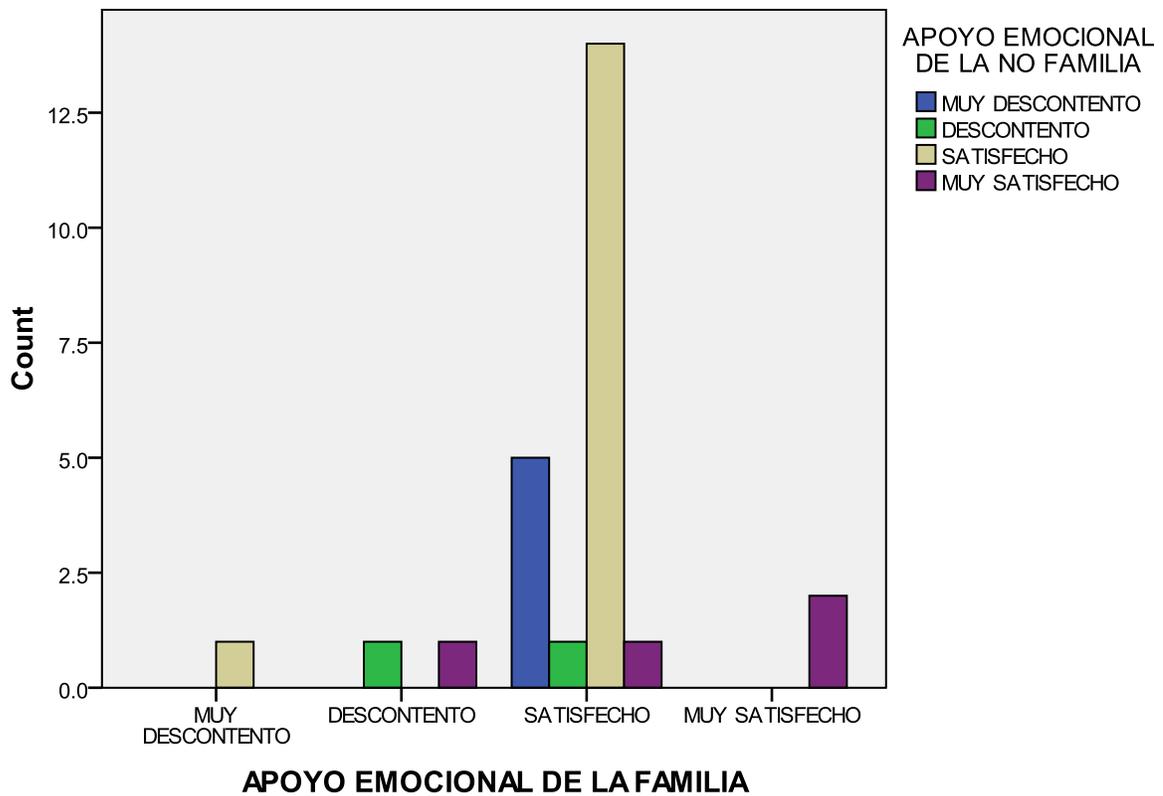
**CUADRO 25**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL APOYO EMOCIONAL FAMILIAR Y EL APOYO EMOCIONAL NO FAMILIAR EN LOS DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC. 2008**

		APOYO EMOCIONAL DE LA NO FAMILIA				Total
		MUY DESCONTENTO	DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA</b>	MUY SATISFECHO	0 .0	0 .0	0 .0	2 7.7	2 7.7%
	SATISFECHO	5 19.2	1 3.8	18 53.8	1 3.8	21 80.8%
	DESCONTENTO	0 .0	1 3.8	0 .0	1 3.8	2 7.7%
	MUY DESCONTENTO	0 .0	0 .0	1 3.8	0 .0	1 3.8%
		5 19.2	2 7.7	15 57.7	4 15.4	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA NO. 25**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL APOYO**  
**EMOCIONAL FAMILIAR Y EL APOYO EMOCIONAL NO FAMILIAR EN LOS**  
**DIABÉTICOS CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**  
**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 25

**CUADRO 26**

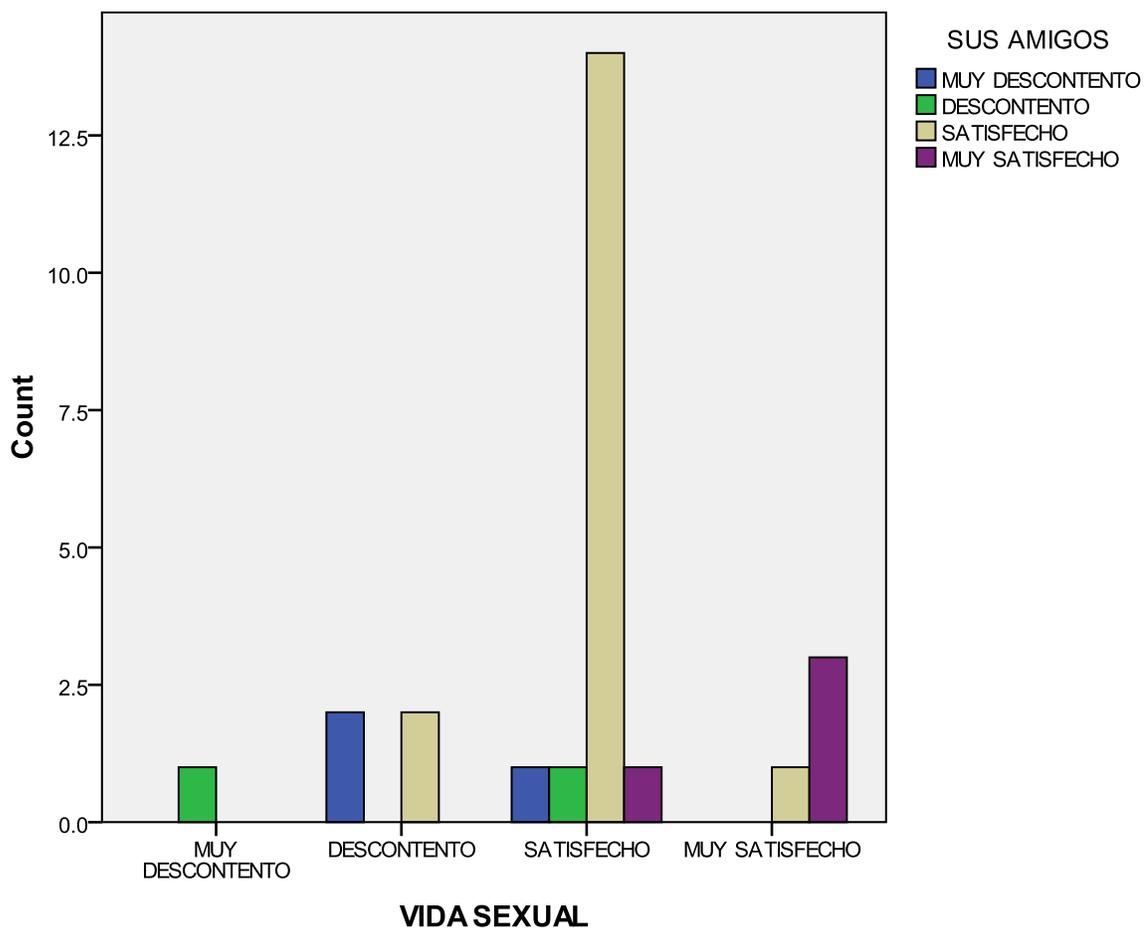
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEXUAL Y LA  
SATISFACCION CON LA PRESCENCIA DE AMIGOS EN LOS DIABETICOS  
CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS  
PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**

**2008**

		SUS AMIGOS				Total
		MUY DESCONTENTO	DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>VIDA SEXUAL</b>	MUY	0	0	1	3	4
	SATISFECHO	.0	.0	3.8	11.5	15.4%
	SATISFECHO	1	1	14	1	17
		3.8	3.8	53.8	3.8	65.4%
	DESCONTENTO	2	0	2	0	4
		7.7	.0	7.7	.0	15.4%
MUY DESCONTENTO	0	1	0	0	1	
	.0	3.8	.0	.0	3.8%	
Total		3	2	17	4	26
		11.5	7.7	65.4	15.4	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

**GRÁFICA 26**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA VIDA SEXUAL Y LA**  
**SATISFACCIÓN CON LA PRESENCIA DE AMIGOS EN LOS DIABETICOS**  
**CON RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA, C.S. GGC.**  
**2008**



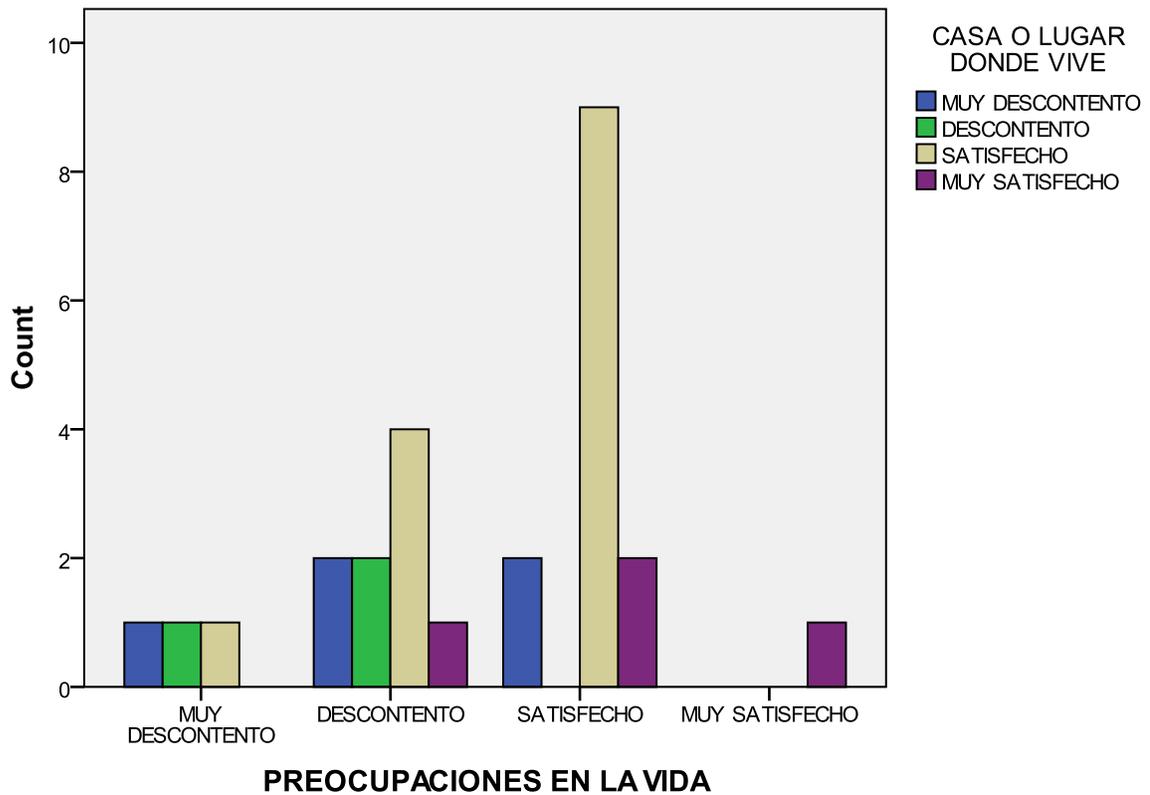
FUENTE: Misma cuadro núm. 26

**CUADRO 27**  
**DISTRIBUCIÓN DE A CUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CUÁNTO**  
**A PREOCUPACIONES Y TIPO DE LUGAR QUE HABITAN LOS**  
**ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARÁN ALGUN**  
**TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC.**  
**2008**

		CASA O LUGAR DONDE VIVE				Total
		MUY DESCONTENTO	DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>PREOCUPACIONES EN LA VIDA</b>	MUY SATISFECHO	0	0	0	1	1
	SATISFECHO	.0	.0	.0	3.8	3.8%
	SATISFECHO	2	0	9	2	13
		7.7	.0	34.6	7.7	50.0%
	DESCONTENTO	2	2	4	1	9
		7.7	7.7	15.4	3.8	34.6%
	MUY DESCONTENTO	1	1	1	0	3
		3.8	3.8	3.8	.0	11.5%
Total		5	3	14	4	26
		19.2	11.5	53.8	15.4	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 27**  
**DISTRIBUCIÓN DE A CUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN EN CUÁNTO**  
**A PREOCUPACIONES Y TIPO DE LUGAR QUE HABITAN LOS**  
**ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARON ALGUN**  
**TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC.**  
**2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 27

**CUADRO 28**

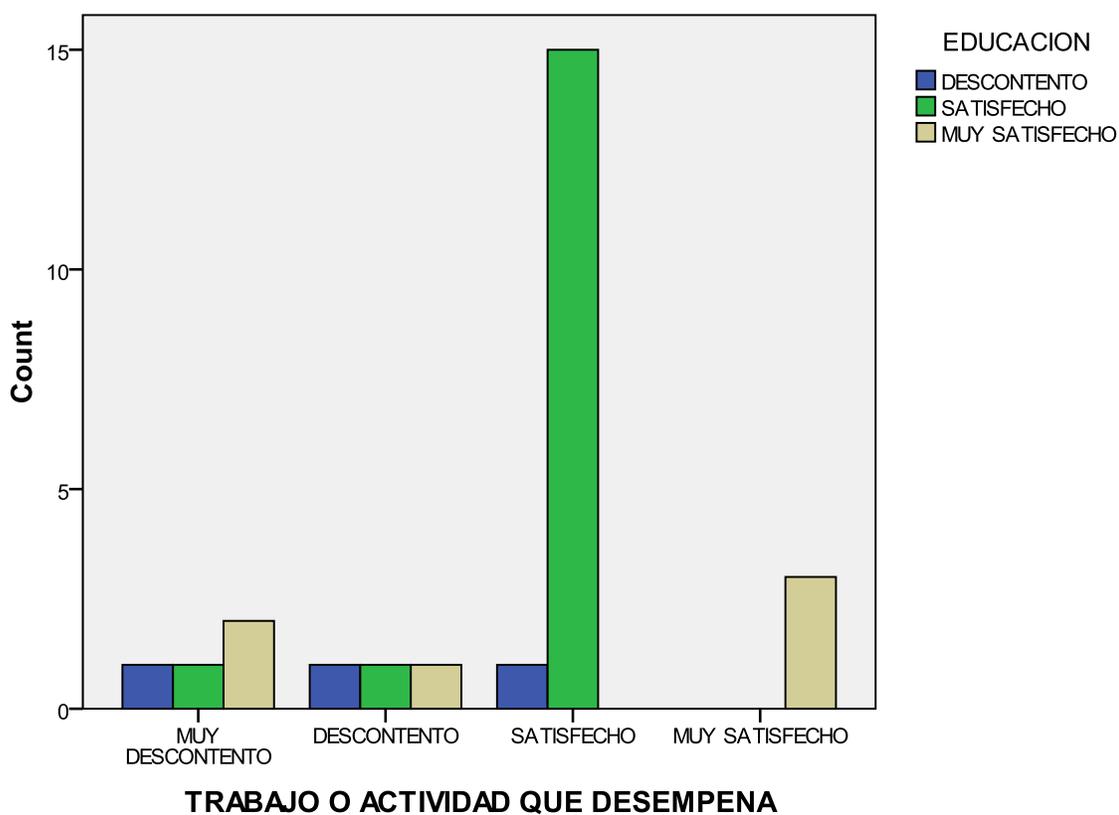
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU TRABAJO O ACTIVIDAD Y SU EDUCACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARÁN ALGUN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC. 2008**

		EDUCACION			Total
		DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>TRABAJO O ACTIVIDAD QUE DESEMPENA</b>	MUY SATISFECHO	0	0	3	3
		.0	.0	11.5	11.5%
	SATISFECHO	1	15	0	16
		3.8	57.7	.0	61.5%
	DESCONTENTO	1	1	1	3
	3.8	3.8	3.8	11.5%	
	MUY DESCONTENTO	1	1	2	4
		3.8	3.8	7.7	15.4%
Total		3	17	6	26
		11.5	65.4	23.1	100.0%

FUENTE: Misma cuadro num.1

## GRÁFICA 28

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU TRABAJO O ACTIVIDAD Y SU EDUCACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARAN ALGUN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm. 28

**CUADRO 29**

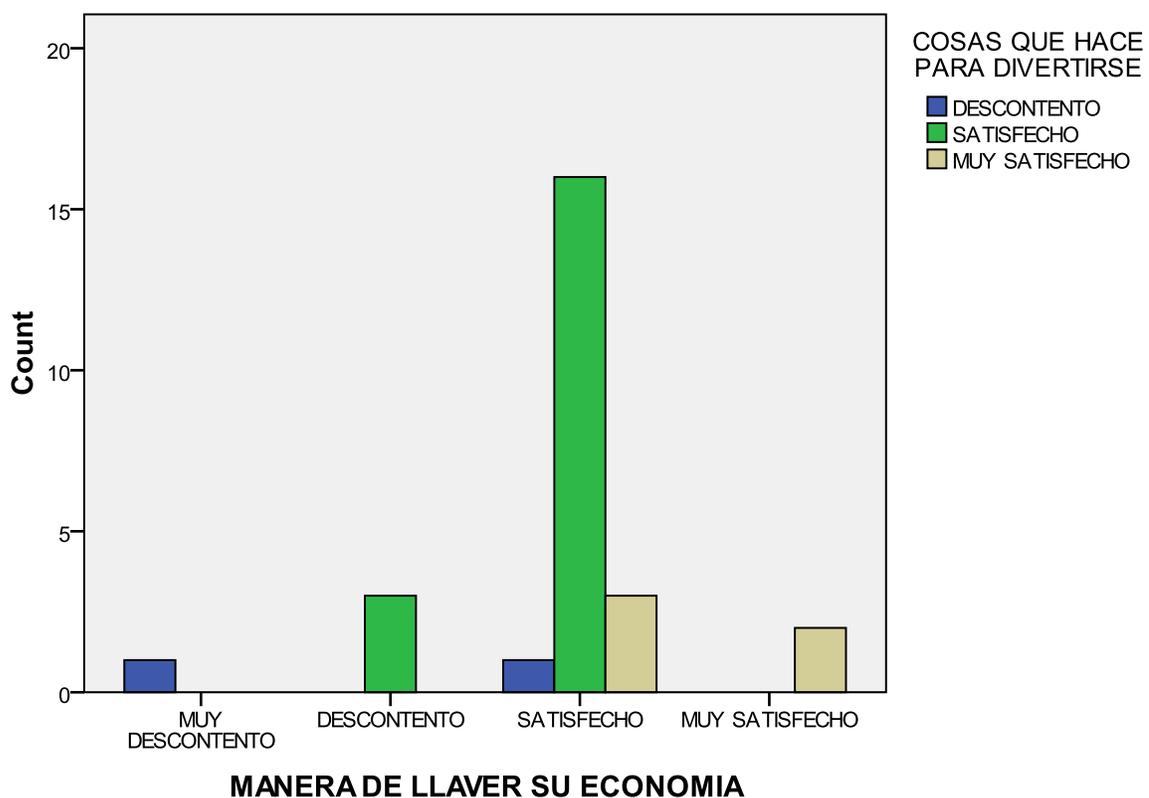
**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA  
MANERA DE LLEVAR SU ECONOMIA Y LAS COSAS QUE HACEN PARA  
DIVERTIRSE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE  
PRESENTARAN ALGÚN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA  
PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC.  
2008**

	COSAS QUE HACE PARA DIVERTIRSE			Total
	DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
MANERA DE LLAVER MUY SU ECONOMIA	0	0	2	2
SATISFECHO	.0	.0	7.7	7.7%
SATISFECHO	1	16	3	20
	3.8	61.5	11.5	76.9%
DESCONTENTO	0	3	0	3
	.0	11.5	.0	11.5%
MUY DESCONTENTO	1	0	0	1
	3.8	.0	.0	3.8%
	2	19	5	26
%Total	7.7	73.1	19.2	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm. 1

### GRÁFICA 29

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA MANERA DE LLEVAR SU ECONOMIA Y LAS COSAS QUE HACEN PARA DIVERTIRSE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARAN ALGÚN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR, C.S. GGC. 2008



FUENTE: Misma cuadro no. 29

**CUADRO 30**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN**  
**CONSIGO MISMOS Y SU FE EN DIOS LOS ENTREVISTADOS CON**  
**DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARÁN ALGÚN TIPO DE RIESGO EN LA**  
**CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

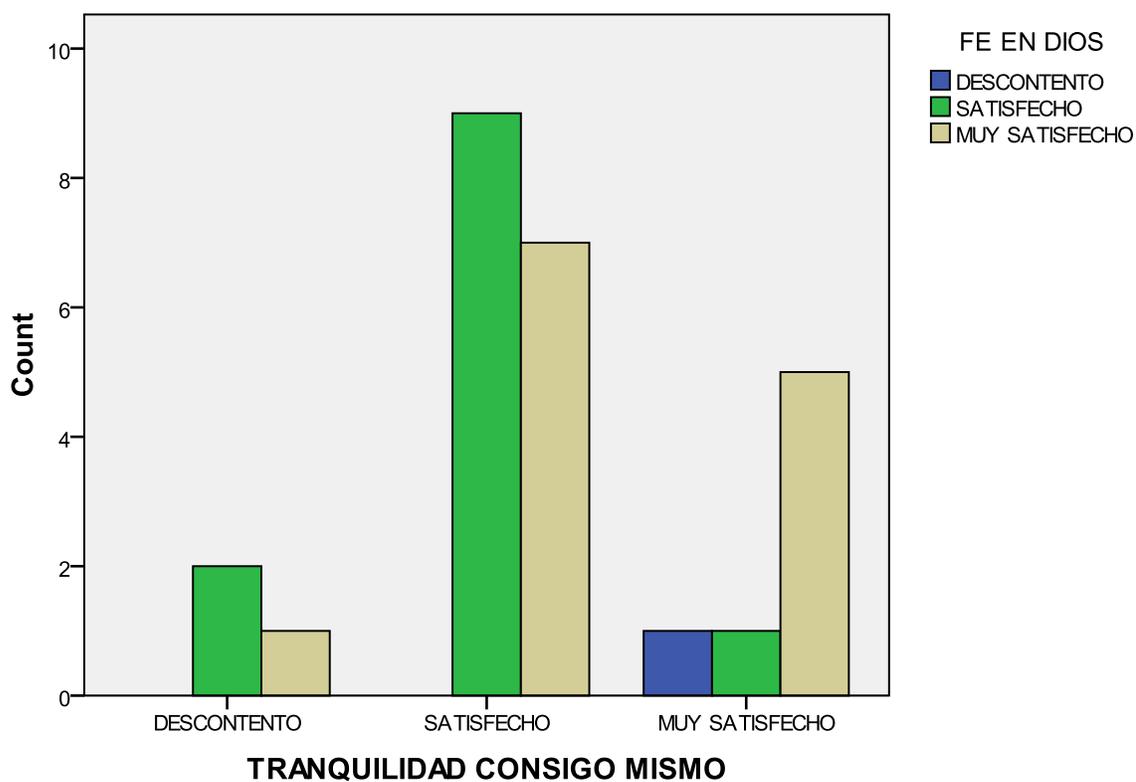
**2008**

		FE EN DIOS			Total
		DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
TRANQUILIDAD CONSIGO MISMO	MUY SATISFECHO	1 3.8	1 3.8	5 19.2	7 26.9%
	SATISFECHO	0 .0	9 34.6	7 26.9	16 61.5%
	DESCONTENTO	0 .0	2 7.7	1 3.8	3 11.5%
%Total		1 3.8	12 46.2	13 50.0	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 30

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN CONSIGO MISMOS Y SU FE EN DIOS LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARON ALGUN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC. 2008



FUENTE: Misma cuadro núm.30

**CUADRO 31**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN EN SUS LOGROS Y METAS PERSONALES Y SU VIDA EN GENERAL LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARAN ALGÚN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**

**2008**

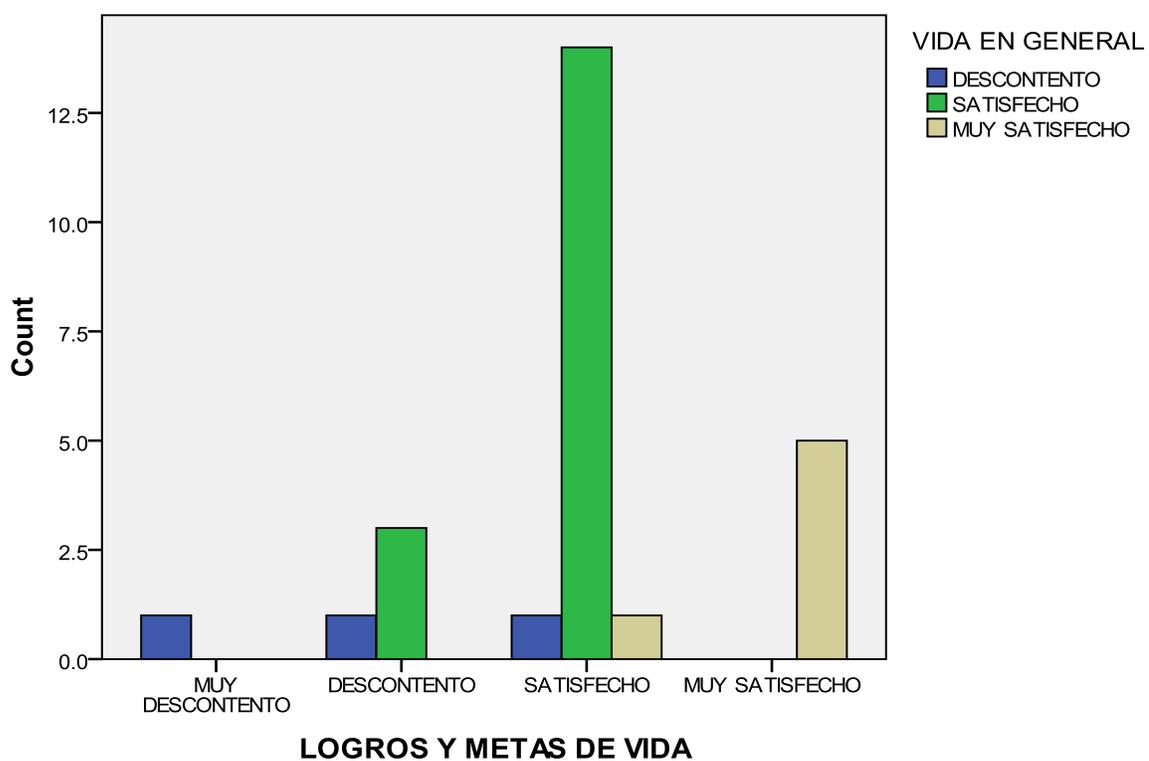
		VIDA EN GENERAL			Total
		DESCONTENTO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	
<b>LOGROS Y METAS DE VIDA</b>	MUY SATISFECHO	0	0	5	5
	SATISFECHO	.0	.0	19.2	19.2%
	SATISFECHO	1	14	1	16
		3.8	53.8	3.8	61.5%
	DESCONTENTO	1	3	0	4
		3.8	11.5	.0	15.4%
MUY DESCONTENTO	1	0	0	1	
	3.8	.0	.0	3.8%	
		3	17	6	26
%Total		11.5	65.4	23.1	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

### GRÁFICA 31

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN EN SUS LOGROS Y METAS PERSONALES Y SU VIDA EN GENERAL DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTARAN ALGÚN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.

2008



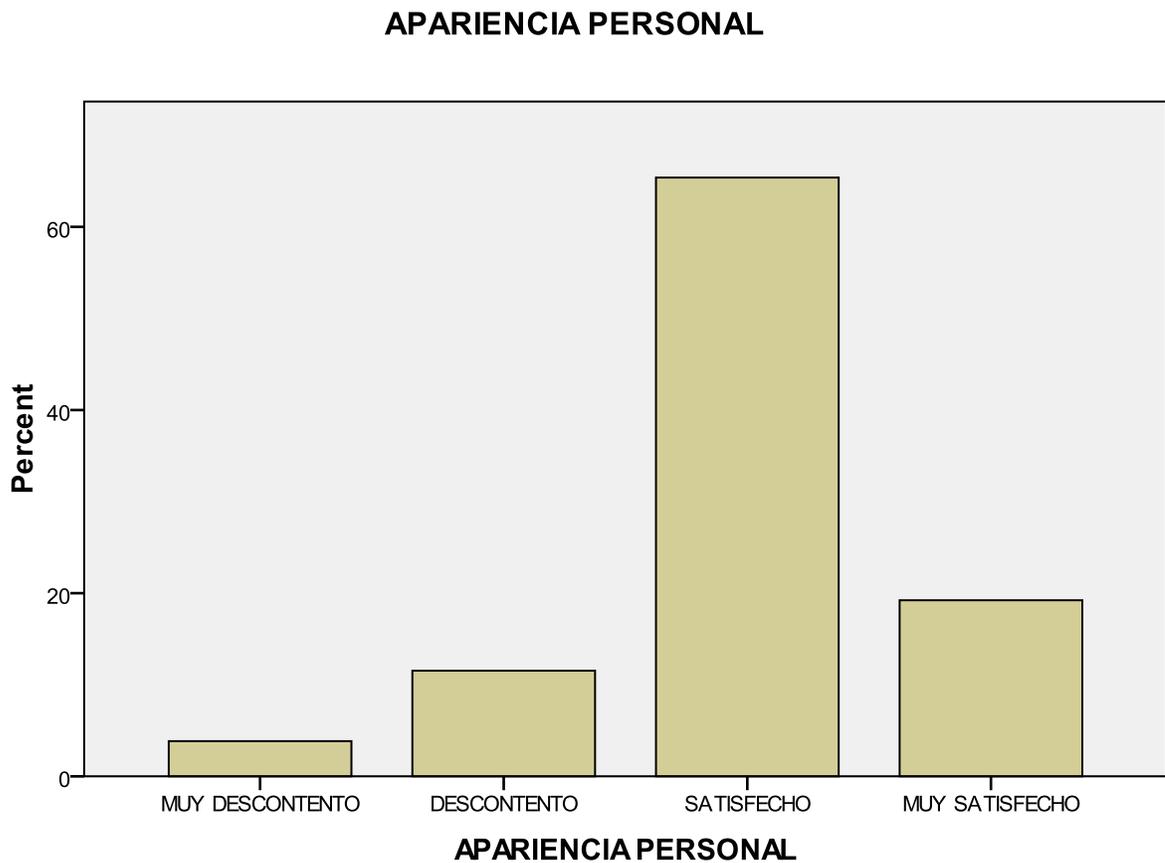
FUENTE: Misma cuadro núm.31

**CUADRO 32**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN EN**  
**SU APARIENCIA PERSONAL DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES**  
**MELLITUS QUE PRESENTARAN ALGUN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD**  
**DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**  
**2008**

<b>APARIENCIA PERSONAL</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac</b>
MUY DESCONTENTO	1	3.8	3.8
DESCONTENTO	3	11.5	15.4
SATISFECHO	17	65.4	80.8
MUY SATISFECHO	5	19.2	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 32**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN QUE ENCUENTRAN EN**  
**SU APARIENCIA PERSONAL DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES**  
**MELLITUS QUE PRESENTARON ALGUN TIPO DE RIESGO EN LA CALIDAD**  
**DE VIDA PARA PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR C.S. GGC.**  
**2008**



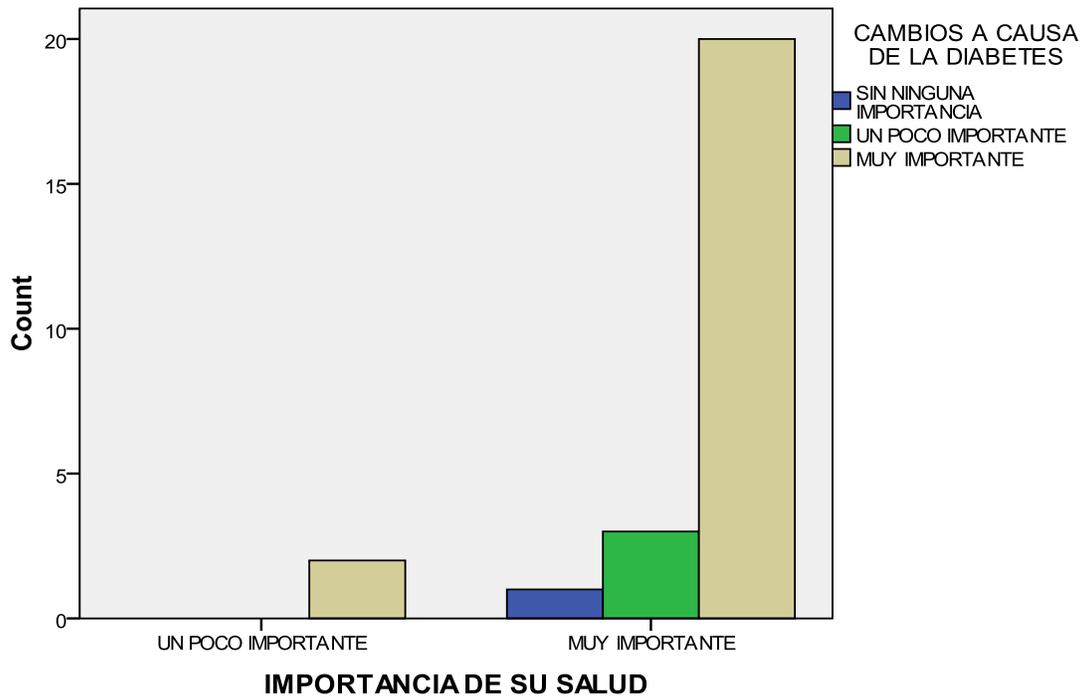
FUENTE: Misma cuadro núm.32

**CUADRO 33**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA QUE COBRA LA SALUD Y LOS**  
**CAMBIOS QUE DEBEN REALIZAR A CAUSA DE LA DIABETES LOS**  
**ENTREVISTADOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA**  
**QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO**  
**ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

	CAMBIOS A CAUSA DE LA DIABETES			Total
	SIN NINGUNA IMPORTANCIA	UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
IMPORTANCIA DE MUY SU SALUD IMPORTANTE	1 3.8	3 11.5	20 76.9	24 92.3%
UN POCO IMPORTANTE	0 .0	0 .0	2 7.7	2 7.7%
%Total	1 3.8	3 11.5	22 84.6	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 33**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA QUE COBRA LA SALUD Y LOS**  
**CAMBIOS QUE DEBEN REALIZAR A CAUSA DE LA DIABETES LOS**  
**ENTREVISTADOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA**  
**QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO**  
**ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**



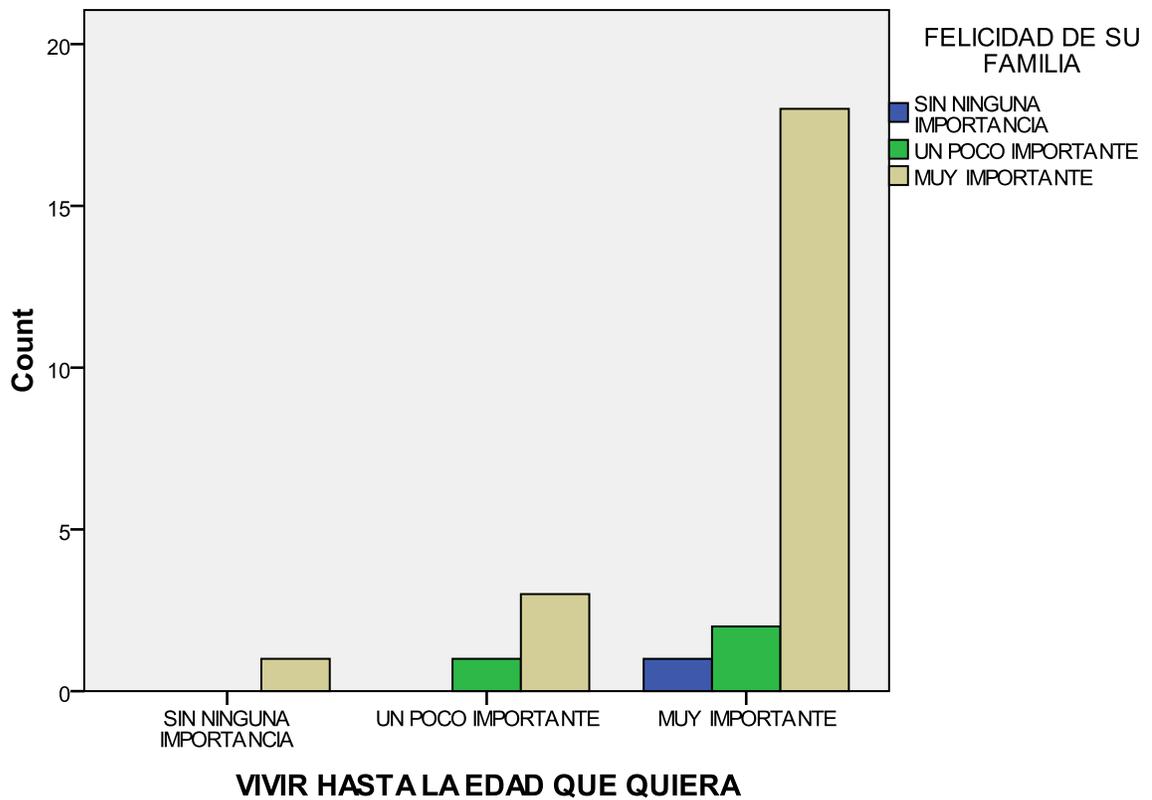
FUENTE: Misma cuadro núm.33

**CUADRO 34**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA QUE COBRA EL VIVIR HASTA LA**  
**EDAD QUE QUIERAN Y LA FELICIDAD DE LA FAMILIA PARA LOS**  
**ENTREVISTADOS DIABETICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA**  
**CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

		FELICIDAD DE SU FAMILIA			Total
		SIN NINGUNA IMPORTANCIA	UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
<b>VIVIR HASTA LA EDAD QUE QUIERA</b>	MUY IMPORTANTE	1 3.8	2 7.7	18 69.2	21 80.8%
	UN POCO IMPORTANTE	0 .0	1 3.8	3 11.5	4 15.4%
	SIN NINGUNA IMPORTANCIA	0 .0	0 .0	1 3.8	1 3.8%
		1	3	22	26
	%Total	3.8	11.5	84.6	100.0%

FUENTE: Mismo cuadro núm.1

**GRÁFICA 34**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA QUE COBRA EL VIVIR HASTA LA**  
**EDAD QUE QUIERAN Y LA FELICIDAD DE LA FAMILIA PARA LOS**  
**ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA**  
**CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS**  
**PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**



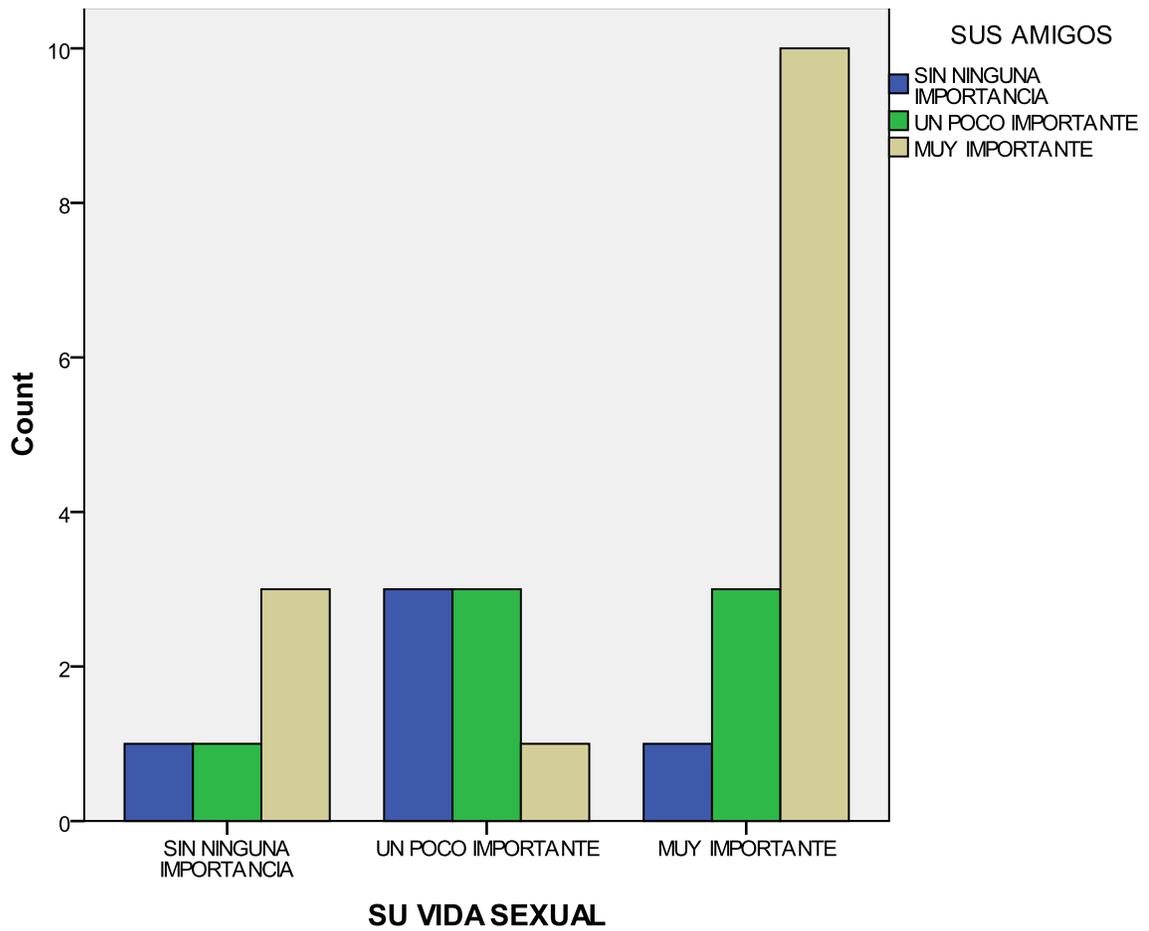
FUENTE: Misma cuadro núm.34

**CUADRO 35**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE SU VIDA SEXUAL Y LOS**  
**AMIGOS PARA LOS ENTREVISTADOS DIABETICOS CON FACTORES DE**  
**RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

		SUS AMIGOS			Total
		SIN NINGUNA IMPORTANCIA	UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
<b>SU VIDA SEXUAL</b>	MUY IMPORTANTE	1 3.8	3 11.5	10 38.5	14 53.8%
	UN POCO IMPORTANTE	3 11.5	3 11.5	1 3.8	7 26.9%
	SIN NINGUNA IMPORTANCIA	1 3.8	1 3.8	3 11.5	5 19.2%
		5	7	14	26
%		19.2	26.9	53.8	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 35**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE SU VIDA SEXUAL Y LOS**  
**AMIGOS PARA LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE**  
**RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**



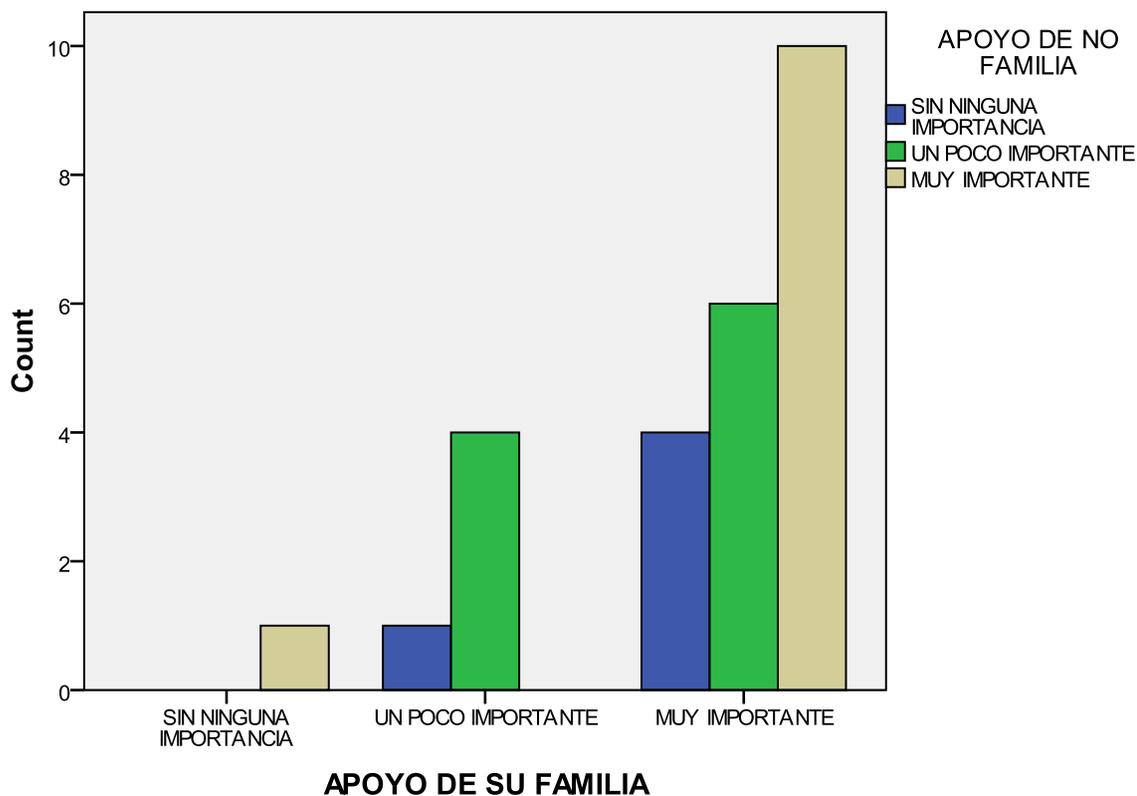
FUENTE: Misma cuadro núm.35

**CUADRO 36**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DEL APOYO EMOCIONAL FAMILIAR Y EL APOYO EMOCIONAL NO FAMILIAR PARA LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**

		APOYO DE NO FAMILIA			Total
		SIN NINGUNA IMPORTANCIA	UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
<b>APOYO DE SU FAMILIA</b>	MUY IMPORTANTE	4 15.4	6 23.1	10 38.5	20 76.9%
	UN POCO IMPORTANTE	1 3.8	4 15.4	0 .0	5 19.2%
	SIN NINGUNA IMPORTANCIA	0 .0	0 .0	1 3.8	1 3.8%
		5	10	11	26
%Total		19.2	38.5	42.3	100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 36**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DEL APOYO EMOCIONAL FAMILIAR Y EL APOYO EMOCIONAL NO FAMILIAR PARA LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**



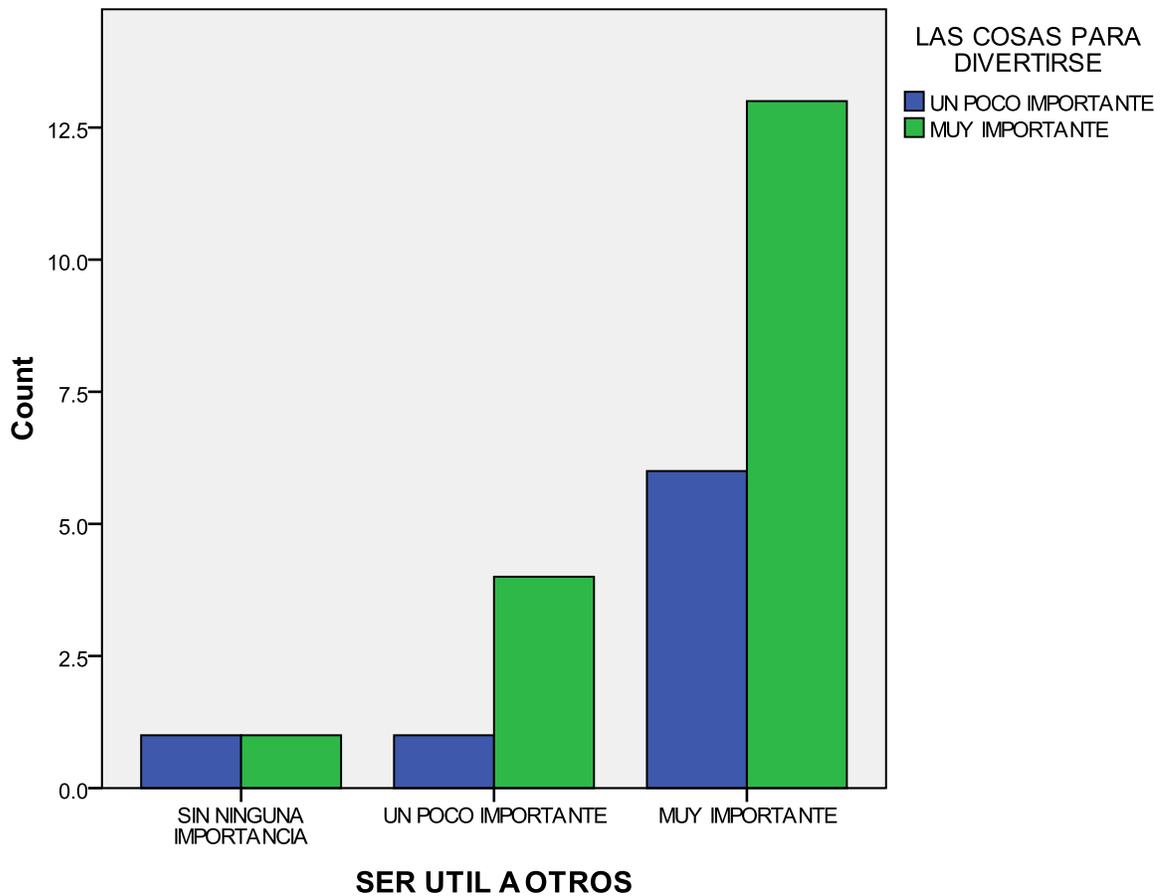
FUENTE: Mismo cuadro núm.36

**CUADRO 37**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE SER ÚTIL A OTRAS**  
**PERSONAS Y LA IMPORTANCIA DE HACER COSAS PARA DIVERTIRSE**  
**PARA LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN**  
**LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

		LAS COSAS PARA DIVERTIRSE		Total
		UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
<b>SER UTIL A OTROS</b>	MUY IMPORTANTE	6 23.1	13 50.0	19 73.1%
	UN POCO IMPORTANTE	1 3.8	4 15.4	5 19.2%
	SIN NINGUNA IMPORTANCIA	1 3.8	1 3.8	2 7.7%
		8 30.8	18 69.2	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 37**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE SER ÚTIL A OTRAS PERSONAS Y LA IMPORTANCIA DE HACER COSAS PARA DIVERTIRSE PARA LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**



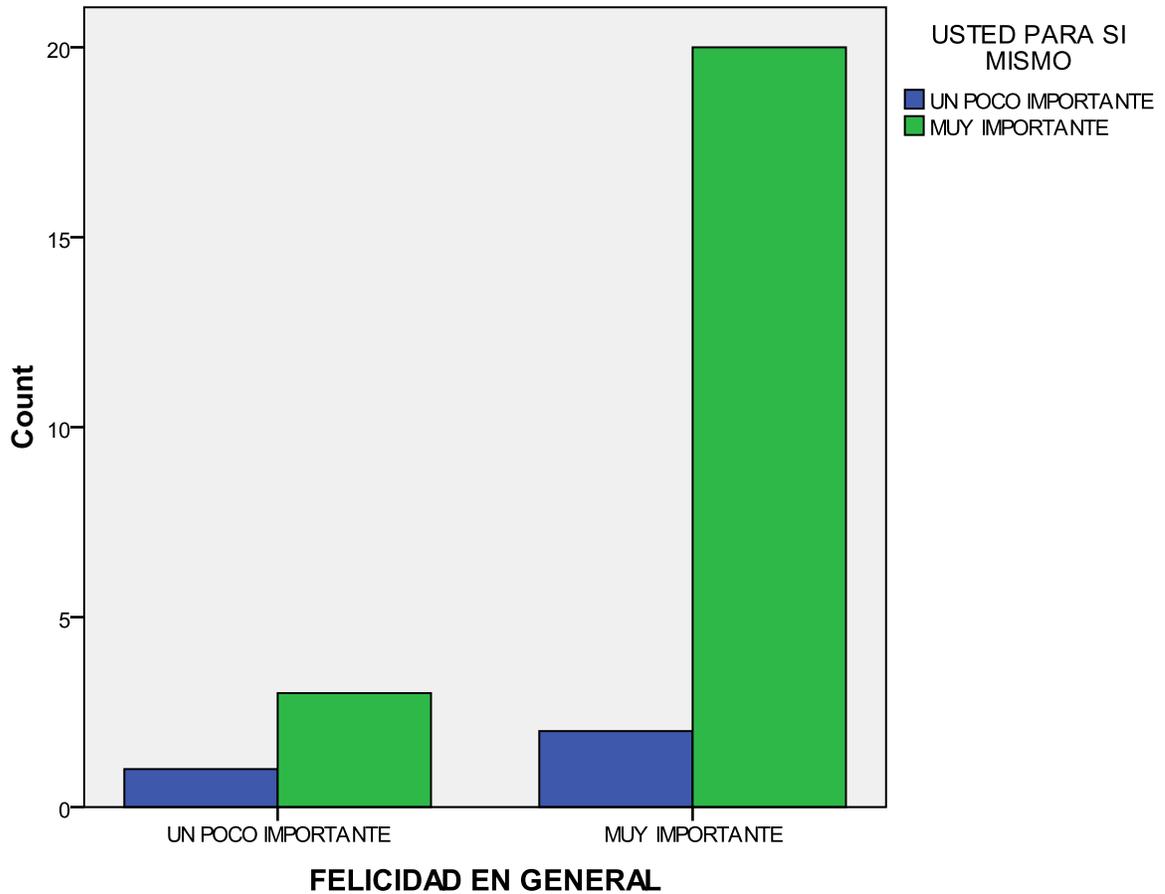
FUENTE: Misma cuadro núm.37

**CUADRO 38**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE LA PROPIA FELICIDAD EN GENERAL Y QUE TAN IMPORTANTE ES LA PERSONA PARA SI MISMA EN RELACION A LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**

		USTED PARA SI MISMO		Total
		UN POCO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	
FELICIDAD EN GENERAL	MUY IMPORTANTE	2 7.7	20 76.9	22 84.6%
	UN POCO IMPORTANTE	1 3.8	3 11.5	4 15.4%
		3 11.5	23 88.5	26 100.0%

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 38**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA IMPORTANCIA DE LA PROPIA FELICIDAD EN GENERAL Y QUE TAN IMPORTANTE ES LA PERSONA PARA SI MISMA EN RELACIÓN A LOS ENTREVISTADOS DIABÉTICOS CON FACTORES DE RIESGO EN LA CALIDAD DE VIDA QUE LOS PREDISPONEN A PADECER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC. 2008**



FUENTE: Misma cuadro núm.38

**CUADRO 39**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE MARGINACIÓN DETERMINADA POR AGEB**  
**CON RESPECTO A LA LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA DE LOS**  
**ENTREVISTADOS CON DIABETES MELLITUS QUE PUDIERAN PRESENTAR**  
**FACTORES RIESGOS EN EL ESTILO DE VIDA PARA CONTRAER**  
**TUBERCULOSIS PULMONAR COMO ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

<b>NIVEL DE MARGINACION POR AGEB</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>	<b>%ac.</b>
ALTA	2	7.7	7.7
MEDIA	17	65.4	73.1
BAJA	7	26.9	100.0
Total	26	100.0	

FUENTE: Misma cuadro núm.1

**GRÁFICA 39**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE MARGINACIÓN DETERMINADA POR AGEB**  
**CON RESPECTO A LA VIVIENDA DE LOS ENTREVISTADOS CON DIABETES**  
**MELLITUS QUE PUDIERAN PRESENTAR FACTORES RIESGOS EN EL**  
**ESTILO DE VIDA PARA CONTRAER TUBERCULOSIS PULMONAR COMO**  
**ENFERMEDAD CONJUNTA. C.S. GGC.**  
**2008**

**INDICE MARGINACION POR AGEB**



FUENTE: Misma cuadro núm.39

### **13.1.- RESULTADOS.**

En cuanto a genero tenemos que un 80.8% corresponde a las mujeres, un 19.29% a los hombres entrevistados.

En el caso de la ocupación destacan las amas de casa con un 65.4%, el 15.4% son comerciantes, con un 7.7% los trabajadores o empleados, jubilados y pensionados con el mismo porcentaje y un 3.8% corresponde a los profesionistas.

Para el caso de la edad, los entrevistados con 65 años o más ocuparon el 50% de la población entrevistada, enseguida aquellos entre los 60 a 64 años con un 15.4%. De 55a 59 reflejo un 7.7% al igual el rango entre 50 y 54 años. También de 45 a 49 años, 7.7%. El rango de 40 a 44 ocupa un 3.8% y 35 a 39 años un 7.7%.

Las variables que describen el último grado escolar que los encuestados tienen se describe de la siguiente manera: sabe escribir y leer sin primaria 11.5% aquellos con primaria 38.5%, los que tuvieron primaria incompleta 26.9%, 11.5% los concluyeron secundaria, bachillerato y carrera técnica con 7.7% y aquellos con licenciatura 3.8%. Los siguientes resultados corresponden a los problemas de salud en el último mes, el dolor de cabeza que padecieron los entrevistados corresponde a un 15.4% todos los días, una vez cada semana un 23.1% y una vez por mes 19.2% y los que nunca padecieron corresponden a un 42.3% Aquellos que padecieron presión mayor de 120/80 una vez por semana ocupan 7.7% y un 26.9% en aquellos que padecieron una vez por mes, aquellos cuya presión sistólica tuvo niveles normales fueron de 65.4%

Los resultados en los niveles de glucosa en sangre nos dicen que un 38.5% nunca tuvo niveles altos, un 7.7% sin control, 46.2% una vez por mes y un 7.7% una vez a la semana.

El porcentaje para los caso de gripas y resfriados que todos los días los entrevistados padecieron es de 3.8%, una vez a la semana 3.8%, una vez por mes 11.5% y un 80.8% nunca padeció gripas o resfriados.las infecciones de garganta se expresan en la grafica de la siguiente forma: un 23.1% en el caso de aquellos que solo la padecieron una vez por mes y 76.9% en aquellos que nunca lo padecieron.

Con un 61.5% los que nunca padecieron tos y un 23.1% una vez por mes. El 3.8% tuvo tos únicamente una vez por semana y el 11.5% todos los días.

La población entrevistada padeció flema en el siguiente orden de porcentaje con un del 19.2% todos los días del mes, 3.8% una vez por mes y una vez por semana respectivamente y aquellos que nunca padecieron flema corresponde a un 65.4%.

Casos de fiebres altas todos los días corresponde a un 3.8% de igual forma los que padecieron una vez por semana y el 92.3% no manifestó el síntoma.

Las sudoraciones nocturnas todos los días se presentaron con una frecuencia del 3.8% todos los días y un 3.8% una vez por semana, así como el 92.3% nunca tuvo sudoraciones durante el último mes.

El 100% de los entrevistados no padecieron bronquitis. Se registro un número de casos que en padecieron neumonías con un 3.8% una vez por mes y el 96.2% nunca presento la enfermedad.

En cuanto a pérdida de apetito un 7.7% lo presento cada mes y el 11.5% cada semana y el 80% de dicha población siguió con su régimen normal.

Las pérdidas de peso se registran con un 11.5% en aquellos individuos que perdieron de 1 a 2 kilos de peso, un 3.8% los que perdieron de 3 a 4 kilos de peso al igual los que perdieron de 5 a 6 kilos y el 80% conservo su mismo peso.

Los que padecieron mialgias todos los días representan un 15.41%, una vez cada mes el 15.4%: el 11.5% una vez cada semana. Los que nunca sufrieron mialgias ocupan el 57.7%

No se encontró ningún entrevistado que padeciera flemas con sangre. Otros problemas de salud como la hipertensión resulto de 11.5%, artritis con un 3.8% y otras son el 11.5%. Un 73.1% negaron padecer alguna otra enfermedad.

Durante el último mes la población entrevistada afirmo haber asistido a los servicios médicos por haber estado enfermos en promedio 2.62% visitas. De 1 a 2 consultas medicas con el 53.8% los entrevistados hicieron uso de los servicios médicos, de 3 a 4 consultas el 7.7% y nunca asistió a el centro de salud por dicha razón un 38.5%

El 11.5% refiere haber faltado al trabajo o haber dejado sus actividades por haber estado enfermo en un 3.8% por tres días, el 84.6% manifestó no haber faltado a sus actividades, por lo tanto el promedio en esta variable es de 3.62 días de ausencia laboral.

En cuanto a los casos que tomaron antibiótico en el último mes encontramos que un 38.5% tuvo medicación de 1 a 2 veces y un 61.5% nunca tomo ningún tipo de antibiótico en el último mes. Por lo tanto el promedio es de 3.46 individuos medicados.

Las ocasiones en las que los pacientes diabéticos realizaron ejercicio esta de la siguiente manera: 23.1% una vez por mes con un 23.1% al igual de los que lo realizan una vez a la semana, un 11.5% todos los días y un 42.3% no realiza ningún tipo de ejercicio.

El promedio en tiempo de ejercicio queda de la siguiente forma: de 30 a 40 minutos 26.9% lo realiza, de 50 a 60 minutos 26.9% y 46.2% no realiza nada de ejercicio.

El porcentaje más alto con respecto al consumo de bebidas alcohólicas fue de 76.9% en los casos que niegan algún tipo de consumo. Un 3.8% consumió de 2 a 3 veces por semana y 3.8% una vez por semana y el 15.4% por lo menos una vez al mes.

Luego entonces, el 76.9% no consume bebidas alcohólicas, de uno a tres tragos el 19.2% y de 7 a 9 un 3.8%.

Hablando de consumo de tabaco, tenemos que un 23.1% lo hace todos los días, de 2 a 3 veces a la semana por igual. Una vez a la semana solo el 3.8% lo refiere y el 69.2% nunca consume tabaco.

Por día la cantidad de cigarrillos que los entrevistados consume queda así: de 1 a 3 cigarrillos el 15.4% de 4 a 6 de 3.8%, de 7 a 9 cigarrillos el 3.8%. Una cajetilla el 7.7% y el 69.2% no consume tabaco.

La población entrevistada consume en un 38.5% todos los días productos propios de la dieta para personas diabéticas, en un 11.5% de 2 a 3 veces a la semana y 3.8% una vez a la semana. El 3.8% una vez por mes y el 42.3% ninguna ocasión.

Los niveles de glucosa en sangre fueron controlados por medio de medicamentos en un 53.8% y en un 46.2% por una combinación de dieta y medicamento.

En el último mes, el porcentaje de asistencia médica para control de diabetes fue de un 69.2% en el caso 1 a 2 consultas por mes, de 3 a 4 visitas el 7.7% y un 23.1% los casos que nunca asistieron a dicha consulta.

Los entrevistados se encuentran en un 14.5% muy satisfechos con su salud, un 46.2% satisfechos y 42.3% descontentos. Los servicios médicos que reciben los participantes satisfacen altamente en un 38.5% y dejan solo satisfechos a un 61.5% de la población de la encuesta.

Están muy satisfechos con la cantidad de energía para realizar actividades un 15.4%, el 53.8% expresa estar solo satisfechos y el 30.8% esta descontento con dicha cantidad de energía.

La capacidad que tiene para cuidarse sin ayuda los pone a descontento en un 23.1% un 65.4% satisfecho y un 11.5% muy satisfecho.

En cuanto el control de su glucosa 19.2% están muy satisfechos, el 53.8% satisfechos, el 23.1% descontentos y el 3.8 muy descontento.

La habilidad de respirar sin dificultad deja muy satisfecho a un 19.2%, satisfechos a un 53.8% y descontento a un 26.9%.

En un 3.8% están muy descontentos los participantes a causa de los cambios que experimentan en su vida cotidiana a causa de la diabetes mellitus, en un 38.5% aquellos que estas descontentos, 50.0% los que están satisfechos y un 7.7% los que están muy satisfechos.

El porcentaje de entrevistados que manifestaron estar muy satisfechos con el control de su vida fue de un 15.4%, aquellos muy satisfechos representan un 57.7%, el 19.2% se encuentra descontento y el 7.7% muy descontento.

La felicidad de la familia para los entrevistados representa un 3.8% para los muy descontentos, el 23.1% para los descontentos, un 50.0% para los satisfechos y el 23.1% para los muy satisfechos.

Los pacientes con diabetes mellitus que fueron entrevistados están muy satisfechos con lo útil que son para otras personas en un 19.2%, satisfechos en un 76.9% y descontentos en 3.8%.

La población entrevistada refirió estar muy satisfecha con su vida sexual en un 15.4%, en un 65.4% satisfechos, un 15.4% de los descontentos y un 3.8 de los muy descontentos.

En cuanto a los casos que se encuentran muy satisfechos con sus amigos tenemos que representan el 15.4%, el 65.4% aquellos solo satisfechos, el 7.7% descontentos y el 11.5% muy descontentos.

El apoyo emocional de la familia, según la encuesta nos dice que el: 80.8% se encuentre satisfecho en este rubro, el 7.7% muy satisfecho así como, los que se encuentran descontentos y un 3.8% esta muy descontento.

En el caso del apoyo emocional de la no familia los porcentajes varían de forma tal que: 57.7% dice estar satisfecho, el 19.2% muy descontento, 15.4% muy satisfecho y el 7.7% descontento.

Según los participantes de la entrevista la satisfacción que expresan por las preocupaciones en su vida nos dio un resultado de 50.0% para los satisfechos, un 34.6% para los que están descontentos, un 11.5% para los muy descontentos y un 3.8% para los muy satisfechos.

Los resultados por la satisfacción por la casa, departamento o lugar donde habita nos dice que el 53.8% está satisfecho, un 19.2% se encuentra muy descontento, el 15.4% satisfechos y el 11.5% .descontentos.

Según la distribución en la tabla nos menciona que el porcentaje de los individuos esta 11.5% muy satisfecho con su trabajo o actividad laboral, el 61.5%, está satisfecho, 11.5% se encuentra descontento y el 15.4% está muy descontento.

La manera en la que los participantes de la entrevista expresan estar satisfechos con su educación quedó de la siguiente manera: el 23.1% está muy satisfecho con los resultados, el 65.4% satisfecho y el 11.25% está muy descontento.

La satisfacción la cual manifiesta sentir la población entrevistada en cuanto la manera en que llevan su economía se expresa en el siguiente orden desde muy satisfechos con un 7.7%, un 76.9% de los satisfechos, un 11.5% de los descontentos hasta un 3.8% de los muy descontentos.

Las cosas que hace para divertirse la población entrevistada según porcentaje en orden progresivo es de 19.2% para los muy satisfechos un 73.1% para los satisfechos y un 7.7% para los descontentos.

El porcentaje respecto a la variable, la satisfacción consigo mismo va desde un 26.9% para los muy satisfechos, 61.5% satisfecho hasta un 11.5% para los descontentos.

Los entrevistados están satisfechos en un 46.2% y muy satisfechos en un 50.0%, así como el 3.8% muy descontento.

Con respecto a la satisfacción que la población manifiesta por sus logros de sus metas personales tenemos que: un 19.2% se siente muy satisfecho, el 61.5% solo satisfecho y el 15.4% descontentos, y el 3.8% muy descontento.

Los porcentajes por la satisfacción con la vida en general de la población diabética entrevistada fue de 23.1% para los muy satisfechos y de 65.4% para los satisfechos para los descontentos el 11.5%

Los resultados en esta entrevista menciona que los participantes se encuentran satisfechos con su apariencia personal de manera que un 19.2% para los muy satisfechos, un 65.4% para los satisfechos, un 11.5% para los descontentos y un 3.8% de los muy descontentos.

La importancia que cobra la salud para los encuestados va de muy importante para un 92.3% y un 7.7% con los que piensan que es poco importante.

A causa de la diabetes los pacientes deben realizar cambios en su vida los cuales se establecen en el orden de porcentaje que va de muy importantes en un 84.6%, un 11.5% poco importante y un 3.8% sin ninguna importancia.

Muy importante vivir hasta la edad que usted quiera tiene un valor de 80.8%, muy poco importante de un 15.4% y sin ninguna importancia un 3.8%

De acuerdo a la importancia con la felicidad de su familia las estadísticas marcan muy importante en un 84.6% poco importante en un 11.5% y un 3.8% para sin ninguna importancia.

La importancia de la vida sexual según los entrevistados es de un 53.8% es para los que piensan es muy importante, un 26.9% para los que creen es poco importante y un 19.2% sin ninguna importancia.

El porcentaje de la encuesta para los que piensan que sus amigos son importantes es según la entrevista es de un 53.8% para los que dicen que es muy importante, 26.9% para los que dicen poco importante y 19.2% para los que piensan que no tiene ninguna importancia.

El apoyo emocional de la familia representa un 76.9% para los que piensan es muy importante, 19.2% para los que creen es poco importante y un 3.8% para los que dicen no tiene ninguna importancia.

Los individuos que participaron en la encuesta manifestaron que para el 42.3% reconoce que es muy importante el apoyo no familiar, para el 38.5% es poco importante y el 19.2% no tiene ninguna importancia.

El ser útil para otras personas tiene un promedio de 73.1% en el caso de ser muy importante, un 19.2% para el caso de poca importancia y un 7.7% para los que creen no tiene ninguna importancia.

La población de la entrevista considera que es muy importante hacer cosas para divertirse en un 69.2% y poco importante en un 30.8%.

Así mismo, la felicidad en general es de mucha importancia para un 84.6% y muy poco importante para el 15.4%.

Lo importante que es Usted para si mismo tiene porcentaje de 88.5% para muy importante y un 11.5% para poco importante.

Por último, el nivel de marginación según AGEB fue de 7.7% para un nivel alto, 65.4% para un nivel medio y un 26.9% para la baja.

#### **IV.- CONCLUSIONES:**

Podemos decir que la edad de la población es mayor de 65 años. Mayoritariamente mujeres amas de casa con un nivel educativo de primaria.

Los problemas de salud los cuales experimentan con mayor frecuencia nuestra población estudiada fueron dolor de cabeza todos los días así como la flema todos los días, en comparación con la bronquitis, la cual la población entera refiere nunca haber padecido.

Los niveles de glucosa mayores de 126mg/dl se presentaron en casi la mitad de los entrevistados por lo menos una vez al mes aunque, solo algunos refirieron no tener control de los niveles de glucosa, es alto el porcentaje de casos que nunca elevaron sus propios niveles.

Las gripas y resfriados fueron poco frecuentes y nulos en la mayoría de la población lo que disminuye el antecedente y la sospecha de una infección en vías respiratorias causado por *Micobacterium tuberculosis*.

Por lo tanto y en base a que los porcentajes en el caso de tos y flema fueron muy bajos, se puede decir que no necesariamente esta relacionado con un proceso infeccioso que aumente el riesgo de causar tuberculosis pulmonar y tomar en cuenta algunos otros factores de riesgo, sobre todo en cuanto a estilos de vida para reconocer la causa del padecimiento.

Las fiebres altas y las sudoraciones no son síntomas representativos de problemas de salud en nuestros diabéticos y como si lo son o deben ser en el caso de sospecha de tuberculosis es difícil concluir que dichos casos representen un riesgo de padecer tuberculosis pulmonar como enfermedad conjunta por este padecimiento.

Bronquitis y neumonías son variables que apenas uno de los casos hace mención haber padecido en el último mes. Siendo estos un factor de riesgo menor como en el caso anterior.

También encontramos que la pérdida de peso y de apetito son síntomas y signos contundentes de la tuberculosis y en la mayor parte de la evolución de la enfermedad, también de la diabetes, sin embargo en esta entrevista los

participantes responden a un bajo promedio en cuanto pérdida de peso y de apetito.

La mitad de la población en la encuesta padece de mialgias y ambas enfermedades las describen como cuadro clínico, sin embargo el número de individuos quienes la padecen todos los días es bajísimo, así que nos da pauta para sospechar que no es tuberculosis.

La hipertensión, artritis y alguna otra enfermedad se hace presente en individuos de nuestro estudio, sin embargo más de la mitad de ellos no padecen algún otro problema de salud serio comparado con la diabetes.

Durante el último mes al tiempo de la entrevista al menos una o dos veces la población asistió a los servicios médicos, y el ausentismo en promedio no es alto, sin embargo podemos pensar que la mayoría de las mujeres entrevistadas se dedican a trabajar en el hogar es por ello que sus propias actividades no dejaron de realizarlas a pesar de estar enfermas.

En cuanto a los hábitos de vida, casi la mitad de los pacientes diabéticos que respondieron no hacen ejercicio, aunque el promedio de tiempo en los que si lo realizan todo los días o al menos una vez por mes, es aceptable si hablamos de las condiciones de salud y edad en las que dichos pacientes se encuentran.

Un alto número de individuos no consumió alcohol en el último mes, algunos por lo menos una vez al mes, un caso en aquellos que lo hace de una a tres veces por semana. No se puede considerar un factor de riesgo plenamente para padecer tuberculosis pulmonar y diabetes Mellitus, al menos en estos casos.

El consumo de tabaco no fue frecuente sino en un bajo porcentaje de nuestros entrevistados, aunque existe la posibilidad de que estos pacientes incrementen la posibilidad de padecer tuberculosis pulmonar, el número de casos que consume tabaco todos los días es no más de una cuarta parte del total. De igual forma, la cantidad de cigarrillos fumados por día es baja.

La dieta de un diabético es importante que se considere como primordial para mantener una homeostasis adecuada, sin embargo tenemos que menos de la mitad de los miembros participantes de nuestra entrevista no consumieron dieta propia de diabéticos ninguna vez en el mes. Por esta razón más de la mitad de los asistentes refieren que controlan sus niveles de glucosa con medicamento más que con dieta sola.

En general, los entrevistados acuden a su consulta de control de diabetes regularmente por mes, sin embargo existe un cuarta parte sin revisión.

La calidad de índice de vida está determinada por la satisfacción que la población en nuestro estudio, expresa en cuanto a su bienestar biopsicosocial y emocional. Nuestro estudio dice que la mayor parte está satisfecha con su salud, pero en desacuerdo con los servicios médicos que están recibiendo.

La cantidad de energía para realizar actividades los mantiene satisfechos así como demuestran ser individuos independientes física y mentalmente por estar satisfechos cuidándose así mismos sin ninguna ayuda.

El control de la glucosa no representa un problema para al menos la mitad de los entrevistados, sin embargo aun la cuarta parte de los entrevistados están descontentos con la misma circunstancia.

La mitad expreso estar satisfecho con los cambios de vida a causa de la diabetes, muy pocos esta muy satisfechos y parte importante de las respuestas fuero para decir que están descontentos, lo cual indica que la diabetes aun causa un impacto negativo en dicha población.

La satisfacción con el control de su vida nos dice cual importante es para las personas tener sus propias decisiones y en el caso de esta entrevista poco más de la mitad se sienten satisfecho con este punto.

La felicidad de la familia juega un papel importante también, que deja a la mitad de la población satisfecha por ello.

La vida sexual mantiene satisfecho a más de la mitad de las encuestas, a pesar de haber algunos casos menores de muy descontentos, este es superado por la cantidad de muy satisfechos.

Los amigos como red de apoyo, es un factor que da satisfacción a más de la mitad de los entrevistados, solo alguno de los casos mencionaron estar muy insatisfecho.

Muchos son aquellos que se sienten útiles a otras personas y las presiones en la vida dan satisfacción a la mitad de la población con un mínimo de casos descontentos.

La casa o lugar donde habitan los pacientes diabéticos los mantiene satisfechos, así como el trabajo o actividad laboral, y los resultados dicen que hay un número menor de casos que están muy satisfechos con tales variables.

La educación de acuerdo con los casos estudiados, en su mayoría se encuentra en el rubro de educación básica, sin embargo la mitad está satisfecha con ella. Aquí sería bueno revisar la relación con la actividad laboral si mencionamos que esta variable coincide en porcentaje con la actividad laboral la cual nos demuestra que hay un número significativo de amas de casa.

La manera en que estos pacientes diabéticos llevan su economía los mantiene satisfechos, a pesar de que un porcentaje alto no tiene una actividad laboral remunerable. Solo un caso expreso estar muy descontento.

Las cosas que hacen para divertirse aportan una satisfacción completa en tres cuartas partes de la población. Así que siendo cualquiera actividad la población solo algunos casos de descontentos reconocen.

Poco más de la mitad esta satisfecho consigo mismo. Esto nos hace pensar que va en relación a los índices de auto cuidado que los mismos pacientes expresan.

La mitad de los entrevistados se sienten muy satisfechos con su fe en Dios, así como sus logros personales complementan la satisfacción total que los entrevistados experimentan.

Su vida en general, así como su apariencia en general tienen el mismo porcentaje en casos de satisfechos, poco más de la mitad de las encuestas lo

afirman y poco son los caso que dicen estar descontentos, así que anímicamente nuestros entrevistados no presentan factores de riesgo.

Pocos fueron los casos que afirmaron inconformidad con la habilidad para respirar, por lo tanto tenemos pocos casos de enfermedades pulmonares conjuntas.

Casi el total de los entrevistados coinciden con que la salud es muy importante, así como los cambios a causa de la diabetes que ellos mismos tienen que experimentar.

La importancia de vivir hasta que ellos quieran abarca gran parte de nuestras encuestas, solo algunos consideran de poca importancia haciendo referencia también a que no depende de ellos esa decisión.

La felicidad de la familia es muy importante, en contraste con la importancia que tiene la vida sexual, cual solo la mitad piensa que es muy importante y una cuarta parte piensa es poco importante. Cabe señalar que la población estudiada a pesar de considerar este rubro de baja importancia, en el punto de satisfacción con la misma supera el porcentaje.

Los amigos son muy importantes en la mitad de los pacientes, en comparación de la familia que constituye un sistema muy importante para tres cuartas partes de la población estudiada.

El apoyo emocional de las personas que no pertenecen a la familia resulta de poca importancia casi en el mismo nivel de los que piensan es muy importante, sin embargo un número considerado, aproximadamente una cuarta parte responde que esta red de apoyo no es de importancia.

El ser útil a otras personas es de gran importancia para este grupo, en especial las amas de casa expresan la dedicación para su familia.

Los entrevistados coinciden en que es importante hacer cosas para divertirse. La felicidad en general y la persona para si mismo abarca casi el total de la población entrevistada en la opción de muy importante.

Poco más de los casos, habitan en una zona con nivel de marginación media, de ahí que, los factores de riesgo por vivir en un área de marginación alta se reduzcan.

## **V.- SUGERENCIAS:**

Realizar promoción a la salud mencionado la importancia del control de la glucosa en sangre, ya que la población refiere no haber tenido casi cambios en los niveles de glucosa, sin embargo se debe a que su revisión es irregular o simplemente no existe y poco son los que aceptan abiertamente no tener control inadecuado.

Hacer hincapié y el riesgo latente de sufrir cualquier tipo de infección conjunta por el simple hecho de padecer diabetes mellitus. Sobre todo factores de riesgo para padecer una infección como la tuberculosis.

Promocionar sesiones de ejercicio que el mismo centro de salud organiza, entre los pacientes asistentes a la consulta. Así como asesorías para quienes no puedan asistir a dichas sesiones, para que puedan tener actividad física en el hogar o fuera del centro de salud.

Explicar sobre los factores de riesgo que conllevan el consumo de alcohol y tabaco en enfermedades tales como diabetes y tuberculosis ya sea en forma conjunta o separada.

Evaluar periódicamente a los asistentes diabéticos con un cuestionario sencillo o verbalmente de forma que reconozcan los cuidados en el hogar incluyendo el consumo de dieta propia de diabéticos y control de la enfermedad con medicamento y dieta.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1.-ALMA-ATA 25 Organización ara la Salud, "Salud para todos", Washington DC Estados Unidos de América, 2003.

2.-PEREZ ADRIANA, "Association between Tuberculosis and Diabetes in the Mexican border and non-border regions of Texas". The American Society of Tropical Medicine and Hygiene. 74(4) Copyright 2006, pp. 604-611.

3.-PABLOS-MENDEZ ARIEL, "The rule of diabetes mellitus in the higher prevalence of tuberculosis among Hispanics". Vol., 87 No.4 American Journal of Public Health, 1997. 574-576.

4.- SPOMENKA LJUCVIK; Ante-Barada. Vracka R Thorming "Pulmonary Infections in Diabetes Mellitus" Vuk Vrhoac Institute, University Clinic for Diabetes Endocrinology and Metabolic Diseases. 2005 pp.115, 119, 120.

5.- DE LOS RIOS C, José Lauro "Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Generación y Aplicación del conocimiento (FAI) Rev. Med. IMSS, 2004. Pp. 109, 111.

6.-DELGADO SALCEDO PEDRO, "Aspectos conceptuales sobre indicadores de la calidad de vida". Trabajo de tesis, pp. 01.

7.-GARCIA ROJAS I. BEATRIZ, Blanco José, Coord. México UNAM. Instituto de Investigación Antropológicas, programas Universitario de Estudios sobre la ciudad de México, 1997. Seminario Permanente, pp. 69-79.

8.-NISSBAUM, MARTHA C. Brok Dan; Allardat Erick; Annas Julia "Calidad de vida" Tr. Roberto Ramón Mazzoni, Fondo de cultura económica. México 1996 pp. 126-133; 135-137; 363-385.

9.-TOMAN KURT, Smith, I; "Tuberculosis, detección de casos, tratamiento y vigilancia" 2ª. Ed. Thomas R. Frieden ED. Organización Panamericana de la Salud, 2006 pp 159, 174- 181, 275-280,

10.- CANO VALLE FERNANDO, "Enfermedades del Aparato Respiratorio" Ismael Casio Villegas Coeditores, México DF. Méndez. 2006 pp. 249-260.

11.-BEAGLEHOLE ROBERT, "¡Actuemos ya!, contra la diabetes" Plan Mundial Estratégico para Incrementar la sensibilización sobre la Diabetes, Federación Internacional de Diabetes, 3ª reimpresión, Ginebra, Suiza, 2000 OMS. pp. 52

12.-ANDER-EGG, Ezequiel. "Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad" Vol. II Editorial Lumen. (2000) Buenos Aires, Argentina. Pp.32, 88.

13.-POLIT Denise F. Investigación Científica en las ciencias de la salud. 6ª Edición Editorial MC Gras Hill Interamericana. 2002, pp.325-345.

14.-HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, Carlos FERNANDEZ COLLADO. "Metodología de la investigación". 4ª Edición. Editorial Mac Graw Hill. 2006. pp. 62-75

15.-GARCIA, GARCIA MA DE LOURDES, Epidemiología de la tuberculosis pulmonar en pacientes con Diabetes Mellitus en el suroeste de México. Instituto Nacional de Salud Publica, 2000 Av. Universidad no. 655 Cuernavaca, México 62508 [garcigar@correc.insp.mx](mailto:garcigar@correc.insp.mx).

16.-FERRANS AND POWERS, "Quality of life index" pulmonary version III y Calidad de "Índice de Vida" version diabetico III, Carol Estwing Ferrans and Marjorie J. Powers. Copyright 1998. Pp. 1, 2, 3,4.

17.-KERLINGER, FREC N. "Investigaron del comportamiento" 3ª. MC Graw Hill 1988. pp. 37-47

18.-LEWIS, ASARON MANTIS. "Enfermería Medicoquirúrgica "Vol. II 6ª. ED. Elzevier, (2004) Madrid, España

19.-MENDEZ RAMIREZ, Ignacio, Delia NAMIHIRA GUERRERO y otros. (1991) "El protocolo de la investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª ED... Editorial Trillas

20.-POTTER, Patricia A. "Fundamentos de enfermería". 5ª ED. Harcourt, Océano. (2005) Barcelona España. pp. 1746.

21.-PROGRAMA DE ACCIÓN: TUBERCULOSIS 2001-2006, SSA Secretaría de Salud, 1ª edición, Distrito Federal, México, 2001.

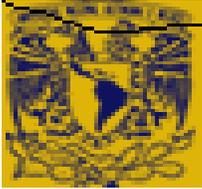
22.<http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/diabetesversionIII/QLI%20Spanish%20Diabetes%20III.pdf>

23. [http:// www.mitecnologico.com/./indicadoresCalidadDeVida](http://www.mitecnologico.com/./indicadoresCalidadDeVida).

24.[http://www.webpondo.org/files\\_oct\\_dic\\_03/AspectosConceptuales.pdf](http://www.webpondo.org/files_oct_dic_03/AspectosConceptuales.pdf)

25.[http://www.sds.df.gob.mx/archivo2007/diplomado/Adolfo\\_Sanchez\\_%20Almaza](http://www.sds.df.gob.mx/archivo2007/diplomado/Adolfo_Sanchez_%20Almaza)

ANEXO 1  
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA QUE PREDISPONEN LA  
INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR/DIABETES MELLITUS COMO ENFERMEDADES  
CONJUNTAS

ELABORO: PSS RED TAES MONROY URIBE MAGDA LORENA.

OBJETIVO:

El propósito de este estudio es reconocer el riesgo que presentan los pacientes con 5 o más años padeciendo Diabetes Mellitus, de adquirir Tuberculosis como enfermedad agregada. Así como establecer cuales pudieran ser los factores de riesgo para que dichas enfermedades se conjunten el mismo individuo.

Las respuestas de todos los participantes serán sumadas e incluidas en el proyecto pero nunca se comunicaran datos individuales.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente, ya que existen preguntas en las que solo responde con una sola opción: otras con varias opciones. De antemano, gracias por su colaboración.

Datos generales:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Centro de salud: \_\_\_\_\_

#### NIVEL EDUCATIVO

Actualmente, ¿Cuál es el último grado escolar que UD tiene?

- a) No sabe leer ni escribir.
- b) Sabe leer y escribir sin primaria.
- c) Primaria.
- d) Primaria incompleta
- f) Secundaria.
- g) Secundaria incompleta
- h) Bachillerato y/o carrera técnica.
- j) Licenciatura.

#### PROBLEMAS DE SALUD

En línea de a lado escriba cuantas veces ha experimentado dicha enfermedad en el último mes.

En algunas de las preguntas circule la respuesta correcta.

**Nota:** Si la enfermedad es todos los días anote 28, si se presenta dos veces a la semana anote 8, si es una vez cada semana 4, una vez al mes 1. Si nunca la ha padecida déjelo en blanco.

- a) dolor de cabeza \_\_\_\_\_
- b) presión alta >120/80 \_\_\_\_\_
- c) niveles glucosa ayunas >126mg/dl \_\_\_\_\_
- d) gripas o resfriados \_\_\_\_\_
- e) infección de garganta \_\_\_\_\_
- f) tos \_\_\_\_\_
- g) flema \_\_\_\_\_
- h) fiebres altas por las tardes \_\_\_\_\_
- i) sudoraciones nocturnas \_\_\_\_\_
- j) bronquitis \_\_\_\_\_
- k) neumonías \_\_\_\_\_
- l) pérdida del apetito \_\_\_\_\_
- m) Pérdida de peso \_\_\_\_\_
- n) mialgias \_\_\_\_\_
- o) flema con sangre \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

1.- Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha visitado al médico o a los servicios médicos por haber estado enfermo? \_\_\_\_\_

2.- Durante el último mes ¿Cuántas veces ha faltado al trabajo o ha dejado de hacer sus actividades por haber estado enfermo? \_\_\_\_\_.

3.- ¿Cuántas veces ha tomado antibiótico, durante el último mes?\_\_\_\_\_.

#### HÁBITOS DE VIDA:

4.- Durante el último mes, ¿Cuántas veces hizo ejercicio? (Si su respuesta es ninguna pasa a la pregunta 6) \_\_\_\_\_.

5.- Al hacer ejercicio ¿cuantos minutos en promedio duro su sesión?\_\_\_\_\_.

6.- Durante el. Ultimo mes, ¿Cuántas veces tomo cerveza, alcohol, vino, licor o cualquier bebida embriagante?

- a) Todos los días.
- b) 2 o 3 veces a la semana.
- c) Una vez a la semana.
- d) Por lo menos una vez al mes.
- e) Ninguna vez. (pase a la pregunta 8)

7.- Al consumir bebidas alcohólicas, ¿cuantas vasos, latas, botellas, en promedio toma en ese mismo tiempo?\_\_\_\_\_.

8.- Durante el último mes, ¿Cuántas veces consumió tabaco?

- a) Todos los días.
- b) 2 o 3 veces a la semana.
- c) Una vez a la semana.
- d) Por lo menos una vez al mes pero menos que una vez por semana.
- e) Ninguna vez. (pase a la pregunta 10)

9.- ¿Cuánto cigarros fumo por día?\_\_\_\_\_.

10.- En el último mes, ¿Cuántas veces ha consumido productos que estén dentro de su dieta propia de pacientes con diabetes?

- a) Todos los días.
- b) 2 o 3 veces a la semana.
- c) Una vez a la semana.
- d) Por lo menos una vez al mes pero menos que una vez por semana.
- e) Ninguna vez

11.- En el último mes, ¿cómo controlo sus niveles de glucosa?

- a) Dieta
- b) Medicamento.
- c) Ambas.
- d) Ninguna.

12.- En el último mes, ¿Cuántas veces asistió al médico a la consulta de control de diabetes?

\_\_\_\_\_.

CALIDAD DE INDICE DE VIDA.

¿Qué tan satisfecho(a) está usted con:	Muy descontento	Descontento	Satisfecho	Muy satisfecho
13.-su salud?	1	2	3	4
14.- Los servicios médicos que está recibiendo?	1	2	3	4
15.- La cantidad de energía para realizar sus actividades?	1	2	3	4
16.-su capacidad de cuidarse sin ayuda?	1	2	3	4
17.-el control de su glucosa?	1	2	3	4
18.- Los cambios que debe de hacer a causa de la diabetes, (cambios de dieta, medicinas, actividad física, tomar niveles de glucosa?	1	2	3	4
19.-El control de su vida	1	2	3	4
20.-La felicidad de su familia	1	2	3	4
21.-Su vida sexual	1	2	3	4
22.-Sus amigos?	1	2	3	4
23.-El apoyo emocional de su familia?	1	2	3	4
24.-El apoyo emocional de personas que no son su familia?	1	2	3	4
25 Lo útil que es UD para otras personas?	1	2	3	4
26.- Las preocupaciones en su vida?	1	2	3	4
27.- Su casa, apartamento, lugar donde vive?	1	2	3	4
28.-su trabajo/, (si no tiene, estar retirado o incapacitado)	1	2	3	4
29-su educación?	1	2	3	4
30.-Su manera de llevar su economía?	1	2	3	4
31.-Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	4
32.-Su tranquilidad consigo mismo?	1	2	3	4

33.- Su fe en Dios?	1	2	3	4
34.-Los logros de sus metas personales?	1	2	3	4
35.-Su vida en general?	1	2	3	4
36.-Su apariencia personal?	1	2	3	4
37.-Su habilidad de respirar con dificultad?	1	2	3	4
Que tan importante es para UD.?	Sin ninguna importancia.	Un poco importante	Muy importante	
38.- Su salud?	1	2	3	
39.- Los cambios en su vida que debe de hacer a causa de la diabetes?	1	2	3	
40.- Vivir hasta la edad que usted quisiera?	1	2	3	
41.- La felicidad de su familia?	1	2	3	
42.-Su vida sexual?	1	2	3	
43.- Sus amigos?	1	2	3	
44-Apoyo emocional de su familia?	1	2	3	
45.-apoyo emocional de personas que no son familia?	1	2	3	
46.- Ser útil para otras personas?	1	2	3	
47.- Las cosas que hace para divertirse?	1	2	3	
48.- Su felicidad en general?	1	2	3	
49.- Usted para si mismo?	1	2	3	

(Para uso exclusivo del entrevistador)

Localidad de su vivienda, AGEB y nivel de marginación: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su atención.**