



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33



“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Dr. Rodrigo Guzmán Pérez Tello

ASESOR:

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACION DE EDUCACION E
INVESTIGACIÓN EN SALUD Y PROFESORA TITULAR DEL
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 EL ROSARIO

MÉXICO D. F.

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI

ENCARGADA DE LA COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD, PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO” Y ASESOR DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DRA. MONICA SANCHEZ CORONA

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

DR. RODRIGO GUZMÁN PÉREZ TELLO

RESIDENTE DEL TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF NO. 33 EL ROSARIO

Si piensas que estás vencido, lo estás.

Si piensas que no te atreves, no lo harás.

Si piensas que te gustaría ganar pero no puedes, no lo lograrás.

Si piensas que perderás, ya has perdido.

Porque en el mundo encontrarás

que el éxito comienza con la VOLUNTAD del hombre.

Todo está en el estado mental.

Porque muchas carreras se han perdido

antes de haberse corrido,

y muchos cobardes han fracasado

antes de haber empezado su trabajo.

Piensa en grande y tus hechos crecerán.

Piensa en pequeño y quedarás atrás.

Piensa que puedes y podrás.

Todo está en el estado mental.

Si piensas que estás aventajado, lo estás.

Tienes que pensar duro para elevarte.

Tienes que estar seguro de ti mismo

antes de intentar ganar un premio.

La batalla de la vida no siempre la gana

el hombre más fuerte, o el más ligero,

porque, tarde o temprano, el hombre que gana

es el que cree poder hacerlo

Dr. Christian Barnard.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Eres al primero que agradezco, porque eres lo más importante para mí!!!! Porque siempre me Bendices, porque nunca me has fallado y siempre estás conmigo, porque eres mi Rey, mi Señor, mi Padre, mi mejor Amigo!!!! Gracias Papito, te amo por sobre todo!!! Gracias por siempre tener Palabra para mí, porque nunca te equivocas y me guías por el mejor camino!!! Gracias por dejarme ser tu hijo consentido!!!!

A GLORY

Porque eres el amor de mi vida, la mujer de la cual me enamore!!! Porque siempre estás ahí, porque me haces sentir especial. Gracias preciosa por los buenos momentos y por los malos momentos, por compartir disgustos, penas y alegrías, por compartir éxitos y fracasos, porque gracias a eso hemos madurado como Hijos de Dios y nos ha permitido madurar en nuestro matrimonio. Gracias por no fallarme, por apoyarme hasta en mis locuras, por soportarme y amarme!!! Gracias por estar a mi lado y ayudarme a concluir otra etapa de mi vida. Gracias por darme a un hijo precioso!!!

Si pudiera escribir todos mis sentimientos hacia ti, escribiría otro libro, por eso solo lo resumo con Te amo, 2=1 !!!! Me entregué a ti, con Fe en Dios, en triunfar en lo venidero, espero nunca defraudarte, sigamos siendo Fuertes y Valientes, y nunca olvidemos que Dios va adelante, el Gran Capitán. Gracias a Dios por tu vida.

A ALEX

Tan pequeño y tan grande!!! Gracias Dios por bendecirme con la vida de este bebe tan precioso!! Gracias Alex por ser un motor tan potente para mi vida!!! Hoy no podría imaginar la vida sin ti!!! Te amo hijo!!!! Eres lo mejor que he hecho!!!

A MIS PADRES

Que bendición tan grande fue haber llegado a sus vidas!!!! Su infinito amor, bondad, respeto y ayuda, su comprensión, atención y cuidados, sus consejos sobre el buen camino, tanto que agradecerles!!! Gracias por todo su apoyo, por todo eso he llegado hasta aquí, porque ustedes son la clase de personas que todo comprenden y dan lo mejor de sí mismos sin esperar nada a cambio.

Los dos legados mas importantes que me han dado son Raíces y Alas!!! Gracias por mis raíces tan fuertes y mis alas tan grandes!!! Espero nunca defraudarlos...

En este apartado, incluyo a mi tío Oscar y mi tía Nelly, quienes me han amado como a otro de sus hijos. Gracias por siempre estar al pendiente de mi vida!!!

Gracias a Dios por sus vidas y por permitirme compartir esto con ustedes!!!

A MIS HERMANOS

Primero Dios me bendijo con unos padres incomparables, después me brindo a mis mejores compañeros, mis más fieles amigos, mis pesadillas, a quienes adoro, estoy muy orgullo de ustedes y les agradezco sus aportaciones en este trabajo. Gracias a Dios por sus vidas.

A MIS AMIGOS

Porque son la clase de personas con las que he compartido momentos muy buenos, porque son los hermanos que yo escogí, por su apoyo en todo momento, por las aventuras que hemos vivido, por estar ahí, a pesar de no vernos. Los quiero mucho!!!!

A MIS PROFESORES

Ustedes fueron la piedra angular en mi formación, ya que gracias a su gran paciencia, esmero y dedicación realizan una labor titánica con cada uno de nosotros. Porque ustedes me dieron una visión totalmente distinta en el arte de la medicina. Gracias por sus enseñanzas y por mi formación como médico especialista.

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCION	8
ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
TABLAS Y GRÁFICAS	29
DISCUSIÓN	95
CONCLUSIONES	103
BIBLIOGRAFÍA	106
ANEXOS	108

RESUMEN

Guzmán PTR, Enríquez NM. Determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, México DF: Unidad de Medicina Familiar No. 33 IMSS; 2010.

Objetivo: Determinar la calidad de vida (CV) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 (UMF 33). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la población de la UMF 33, con DM2, con edad mayor de 45 años, ambos sexos, el muestreo utilizado fue tipo no probabilístico por conveniencia, con una muestra de 151 pacientes, utilizando el programa EPIDAT 3.1. Se utilizó el cuestionario diabetes 39 para evaluar la calidad de vida y un cuestionario diseñado exprofeso para características sociodemográficas y epidemiológicas. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis, calculándose porcentajes, los resultados se representaron con tablas y gráficas de cada una de las variables, contando con la ayuda de un programa de computadora (Excel). Se usaron como pruebas estadísticas porcentajes, razón de momios (OR), X^2 e intervalo de confianza. **Resultados:** Se determinó la CV para hombres y mujeres, con buena CV 57.6% y 65.2% respectivamente, regular CV 35.6% y 34.8% respectivamente y con mala CV 6.8% y ninguna respectivamente. **Conclusiones:** Del total de pacientes, el 62.3% tiene buena CV, datos congruentes con la cronicidad de las complicaciones (producto del descontrol metabólico y falta de apego terapéutico), en donde predomina la hipertensión arterial y el sobrepeso y obesidad. Las variables que influyen para deterioro de CV son pacientes sin escolaridad, más de 10 años de evolución, no usar insulina en forma oportuna y las enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Calidad de vida, Diabetes mellitus tipo 2.

INTRODUCCION

A nivel mundial y particularmente en México la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas crece de manera alarmante. Principalmente la Diabetes Mellitus tipo 2, que representa uno de los retos más importantes al que deben hacer frente los sistemas de salud por su frecuencia e impacto social.

En el IMSS, la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en medicina familiar, y el primer lugar en la de especialidad troncal; constituye la principal causa de ingreso y egreso hospitalario, e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad, con un promedio diario de 40 pacientes a nivel nacional. La repercusión económica de la diabetes mellitus supera los 4.2 millones de pesos como gasto promedio anual de la atención.

La diabetes mellitus es entonces un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en la consecuente pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, además en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen y su familia.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien, implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren.

Si el médico familiar quiere estar en condiciones de desarrollar estrategias de intervención efectiva, jerarquizando y estableciendo prioridades en su práctica médica, tiene que reconocer además de los aspectos biológicos, otros factores como la calidad de vida, los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles que involucran al individuo y la familia con la DM.

En los últimos años la DM ha sido objeto de investigaciones encaminadas a conocer otras dimensiones del problema, más allá de los factores asociados con el incremento de los casos y las complicaciones. Encontrándose diversos estudios que evalúan el impacto y los efectos de la educación sobre el control de la diabetes y han demostrado su efectividad. Algunos otros trabajos reportados muestran los factores que influyen para el incumplimiento de la terapéutica por parte de los enfermos, otros refieren el impacto que genera la enfermedad en las personas que la padecen y las formas en que se ven afectados aspectos de su vida cotidiana, personal, familiar y laboral. Este estudio, va encaminado a determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 reconociendo que paciente y familia comparten la experiencia de padecer una enfermedad crónica aunque desde lugares diferentes, uno viviendo la enfermedad y otro ejerciendo el rol de cuidador.

ANTECEDENTES

La Norma Oficial Mexicana define a la Diabetes como la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La diabetes tipo 2 es aquella en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia. (1)

Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de hiperglucemia. La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos, siendo la causa de que la diabetes ocupe el primer lugar como motivo de consulta en las Instituciones públicas de salud y que represente la primera causa de muerte en los hospitales públicos del país. La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye más del 90% de todos los casos. (2)

Por tratarse de una enfermedad incurable, los pacientes diabéticos deben de recibir tratamiento durante toda su vida, esto provoca que una gran parte de ellos con el transcurso del tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento, lo que conduce a un deficiente control metabólico de la enfermedad. Sólo una pequeña proporción de diabéticos acude regularmente a los servicios de salud y de estos entre el 25 y el 40% tienen un control metabólico adecuado de su enfermedad. (3)

En México la mortalidad por diabetes ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas, a una tasa de 15.5 defunciones por 100 000 habitantes hasta llegar a ocupar en 1997 el tercer lugar de la mortalidad general y donde se ha mantenido hasta 1999 cuando ocurrieron 443 950 defunciones y de estas 45 632 se debieron a diabetes lo que representó un 10.3% de las defunciones, con variaciones por entidad federativa que van de 6.2% en el estado de Chiapas a 13.6 en el estado de Coahuila. (4)

La diabetes es la causa más importante de amputación de las extremidades inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. (3)

Los factores de riesgo para la aparición de la Diabetes son la edad, mayor de 45 años, uno de los padres o hermanos con Diabetes, obesidad, Diabetes gestacional o parto de un bebé con un peso mayor a nueve libras, presión arterial alta, niveles altos de triglicéridos y de colesterol en la sangre. (5)

En México la proporción de individuos que desarrollan diabetes tipo 2 antes de los 40 años de edad representa el 10%. Estos sujetos tienen mayor riesgo para desarrollar complicaciones crónicas, ya que están expuestos a los efectos de la hiperglucemia por períodos más prolongados, comparados con los sujetos que desarrollan la enfermedad después de la quinta o sexta década de la vida. La presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares a la vez, incrementa el costo del tratamiento de los pacientes a más de 3.5 veces. (6)

En nuestro país existen entre dos millones y dos millones trescientos mil enfermos diabéticos. En la DM, en el momento de realizar el diagnóstico, el 40% de los pacientes tienen un grado clínicamente manifiesto de neuropatía. A partir de los diez años de evolución de la DM, el 50% de los enfermos tienen manifestaciones clínicas evidenciables de macroangiopatía en los sectores aorto-iliaco y fémoro-popliteo-tibial, alcanzando su afectación a la totalidad de la población diabética a partir de una evolución superior a los 25 años. Entre el 8% y el 13% de los diabéticos desarrollan un Pie diabético. (3)

El 69% de los enfermos diabéticos que generan uno o más ingresos hospitalarios presentan macroangiopatía, y el 50% de los mismos precisará al menos un ingreso hospitalario por patología a nivel del pie. Las complicaciones no resueltas a este nivel ocasionan en los EEUU, 60.000 amputaciones año. La incidencia acumulativa de amputaciones en la DM con una edad inferior a los 30 años y evolución superior a los 10 años, es ya del 5,4%, situándose en el 7,3% a partir de los 30. Seguimientos de más de 25 años, elevan el riesgo acumulativo al 11%. (7)

La lesión vascular de la diabetes, tanto macro como microangiopáticas, constituye actualmente el fenómeno más importante de su cuadro clínico y evolución, ya que en muchos casos invalidan al paciente diabético para la vida útil, así como la mayoría de sus anormalidades aparecen como consecuencia de la deficiencia de insulina, la hiperglicemia o ambas, además gran parte de ellas son reversibles al corregir el trastorno metabólico (7)

Las complicaciones de la diabetes mellitus son muy comunes y representan un grave problema de salud en México, por su alta frecuencia, costos elevados y dificultades en su manejo. La población diabética padece más comúnmente de problemas cardiovasculares y de problemas metabólicos. Al incrementarse la expectativa de vida, la proporción de diabético también ha aumentado, ahora el diabético vive más y se ponen de manifiesto los síntomas y signos de neuropatía con disminución de la sensibilidad al dolor y propiocepción. (2)

La Diabetes Mellitus se ha constituido en los últimos años en un problema prioritario de salud, que deriva no solamente en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, con la consecuente pérdida de años de vida productiva y de vida potencial debido a la incapacidad y la muerte, sino también en la demanda y el consumo de servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, por lo que los costos del tratamiento son altos para la economía de las

instituciones del sistema nacional de salud. (8) Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. (9)

La Diabetes no se controla sólo con la toma de medicamentos. Como otras enfermedades requiere de un estilo de vida desde la alimentación, la actividad física, y la permisividad del estrés. (5)

Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2. (10)

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien (11)

El concepto denominado calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida (12)

En su concepción más amplia, la calidad de vida recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad. (11)

La desigualdad económica, la falta de solidaridad, la discriminación, la violación constantes de los derechos inalienables del Ser Humano, nos obliga a mirar hacia la sociedad para poder definir lo que es calidad de vida en lo individual. Ya hemos señalado que la calidad de vida no es solamente la sobrevivencia física y el alivio al dolor, esta descansa sobre el ejercicio real de una mayor autonomía individual la cual a su vez descansará sobre una vida social activa. En la medida que el individuo tenga resuelta sus necesidades básicas podrá tener tiempo para decidir que hace y que no hace con respecto a su salud. (13)

Para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. (14)

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. (14)

La *calidad de vida relacionada con la salud* es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida. (10)

La calidad de vida centrada en la salud ha permitido desarrollar dos líneas de investigación fundamentales:

- La evaluación del impacto de los programas de salud.
- La evaluación del impacto de las intervenciones terapéuticas y su relación costo-beneficio.

Con lo cual se obtienen datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales (10)

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta del recién siglo pasado, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero un crecimiento rápido de los crónicodegenerativos, ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud (10)

Los padecimientos crónicodegenerativos requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos. Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. (10)

La calidad de vida ha sido motivo de interés creciente para los clínicos en las tres últimas décadas debido a que se le considera una variable de desenlace muy importante de la atención médica, y para medirla se han construido instrumentos *genéricos* y *específicos* que varían de acuerdo con el tipo de pacientes en estudio, escenario de administración y tipo de cuestionario. (12)

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus, del mismo modo que su tratamiento –con frecuencia complejo, costoso, difícil de seguir o con efectos secundarios molestos–, pueden impactar la calidad de vida de quienes la padecen. Para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes tipo 2 se utilizan diversos instrumentos genéricos y específicos, cuya información parece ser complementaria. (12)

En el 2003, se realizó un estudio, el cual utilizó la primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus, la cual fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación DCCT para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson, 1995). Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de «Diabetes Quality of Life»). El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la Diabetes Mellitus y su tratamiento: 1) Satisfacción con el tratamiento; 2) Impacto del tratamiento; 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes; 4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales; y 5) Bienestar general. Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde «muy satisfecho» (1) hasta «muy insatisfecho» (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» (1) hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa» (5). El reactivo que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «Excelente» y 4 «pobre». De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significaba una buena calidad de vida. (15)

Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, diversos investigadores han sugerido diferentes métodos de calificación. El método de calificación más aceptado en la actualidad es el basado en el Medical Outcome Survey (Ware y Sherbourne, 1992). Utilizando este método, la puntuación bruta es transformada a una escala de 100 puntos, y en tanto sea mayor es mejor la calidad de vida. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión original en inglés del DQOL han demostrado que se trata de una medida válida y fiable para evaluar la Calidad de Vida en personas con Diabetes. En este estudio se encontró que la calidad de vida es mayor en los hombres que en las mujeres, con una media de 64%, sin embargo las mujeres demostraron estar más satisfechas con el tratamiento con una media de 73%. (16)

El cuestionario Diabetes 39 se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social, entre otros (algunos instrumentos específicos son unidimensionales o se diseñaron para aplicarse exclusivamente en pacientes con alguno de los dos tipos de diabetes); es un cuestionario que se centra en los pacientes diabéticos y en cuya elaboración participaron expertos de diversas disciplinas, así como sujetos con esta enfermedad, además de que es relativamente corto, de autoadministración y durante su construcción demostró tener elevada consistencia interna, así como validez de contenido y criterio, fue comparado con el cuestionario Short Form-36 Health Survey [SF-36], que se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes con diabetes. En la actualidad se le estima como uno de los instrumentos específicos con mejor validez para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes y, en comparación con otros instrumentos específicos, las puntuaciones que otorga guardan la más alta correlación con las puntuaciones del SF-36. (12)

Existen otros estudios para medir calidad de vida en pacientes con DM2, en el 2003, en la Clínica-Hospital "Dr. Francisco Padrón Poyou" del IMSS, en San Luis Potosí, se realizó un estudio con el objetivo de determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Se realizó un estudio transversal en el cual se buscó identificar y tipificar las posibles peculiaridades funcionales de la enfermedad. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica antes mencionada, diagnosticados con DM2 por sus médicos tratantes. El deterioro de la calidad de vida se midió con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS), en su versión validada y estandarizada al español. La variable dependiente fue la evaluación del índice de deterioro de la calidad de vida estimado a través de ESCAVIRS. Las variables independientes comprendieron el tiempo de evolución de la condición crónicodegenerativa de la DM2 de los pacientes seleccionados, así como algunos aspectos sociodemográficos. Los resultados revelaron que 43 % de la muestra cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida en las áreas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipo de salud, la disfunción sexual, los aspectos emocionales y físicos. Tienen más riesgo para deterioro aquellos pacientes con más de cinco años de evolución de la DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Se concluye que el grado de deterioro de la calidad de vida en este tipo de pacientes es progresiva y está asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad. (10)

La validez de ESCAVIRS se obtuvo mediante t de Student, con rotación varimax, manteniendo un poder discriminativo significativo a 0.05 en 140 reactivos agrupados en 31 factores que evaluaban la calidad de vida en las áreas física, interacción médica, psicosocial, sexual, de relaciones significativas/pareja. La consistencia interna se obtuvo mediante alpha de Cronbach, para la escala total y para cada una de sus dimensiones. Mediante este estudio, se determinó que el 34% de los pacientes presentan deterioro severo de calidad de vida. (10)

La Diabetes Mellitus es una enfermedad que hasta el momento no tiene cura, aunque la actitud es definitiva para una vida armoniosa y prolongada. (5)

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, en personas que ya tengan diabetes hay evidencias de que una atención sanitaria que integre la educación terapéutica de una persona con diabetes incide positivamente sobre la calidad de vida autoevaluada, así como que es una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones. (17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el IMSS a nivel nacional, de enero a agosto de 2009 se dieron 12,673,439 consultas por Diabetes Mellitus, en el DF 1,481,813 consultas y en la UMF 33 El Rosario 40,485, en esta misma UMF, se dan aproximadamente 4,378 consultas por mes por el mismo padecimiento, existiendo en la clínica actualmente 11,544 pacientes con diabetes mellitus, de los cuales acuden mensualmente en promedio 551 hombres y 1,169 mujeres con edad entre 45 a 59 años, 2,163 son adultos mayores de 59 años.

La Diabetes Mellitus representa un problema de salud en México, y esto está determinado por el desarrollo y progresión de las complicaciones crónicas que afectan la calidad de vida del diabético, provocando elevadas tasas de invalidez prematura y muerte.

Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su calidad de vida y su nivel de adherencia terapéutica.

Dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud, y la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, por lo que se requiere de un método consistente para recabar la información del individuo.

Considerando el aumento en la perspectiva de vida de la población general debido a la mejora de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica surge un interés especial por estudiar la calidad de vida, enfocándonos específicamente en este caso en el nivel de calidad de vida de los pacientes con DM2, puesto que de esta forma, podremos planificar las intervenciones necesarias ante las necesidades identificadas y estar en condiciones de evaluar el impacto de las acciones tomadas.

En el 2006, en la UMF 33 se realizó un estudio sobre calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. En el 2009, en la misma unidad, se realizaron también estudios sobre calidad de vida en pacientes en la edad de climaterio, y calidad de vida en el paciente con hipertensión. Hasta el momento no se han realizado estudios sobre calidad de vida en el paciente con Diabetes mellitus en esta unidad, por lo que surge la pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 33 del IMSS, “El Rosario”, Delegación 1 Norte del Distrito Federal, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica de primer nivel de atención.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. El objetivo de este fue determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33. El muestreo utilizado fue tipo no probabilístico por conveniencia. La determinación del tamaño de la muestra para estimar proporciones se realizó a través del programa de Análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT 3.1, en donde se tomó a la totalidad de la población con diabetes mellitus tipo 2, que equivale a 11544 pacientes, con una proporción de 36% y precisión de 0.95%, obteniendo una muestra de 151 pacientes. Se les realizó el cuestionario a 203 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 confirmado por médico tratante, adscritos a la UMF 33 El Rosario, del turno matutino o vespertino, con edad mayor de 45 años, del sexo masculino o femenino, con o sin complicaciones propias de la Diabetes Mellitus tipo 2, que aceptaron participar en el estudio, con consentimiento informado asentado por escrito. Se excluyeron a aquellos que no aceptaron participar en el estudio o aquellos menores de 45 años. Se eliminaron 36 pacientes que contestaron el cuestionario en forma incompleta en al menos 20% y 16 que decidieron retirarse voluntariamente de la investigación.

Para este estudio, se diseñó un cuestionario específico para saber las características socio demográficas como sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, tiempo de evolución y tratamiento, en el expediente médico se buscaron los registros de comorbilidad y complicaciones relacionadas con la diabetes para considerarlas presentes si los diagnósticos estaban consignados en ese documento; también se aplicó el cuestionario ya validado Diabetes 39, el cual evalúa características como energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad – preocupación, carga social, funcionamiento sexual, calidad de vida y severidad de la diabetes. El cuestionario contiene 39 ítems cerrados que se agrupan en cinco secciones: *Energía-Movilidad* (15 ítems: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), *Control de la diabetes* (12 ítems: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); *Ansiedad-preocupación* (cuatro ítems: 2, 6, 8 y 22), *Carga social* (cinco ítems: 19, 20, 26, 37 y 38) y *Funcionamiento sexual* (tres ítems: 21, 23 y 30). Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para *nada afectado en lo absoluto* y el 7 a *sumamente afectado* en la calidad de vida. A continuación, las puntuaciones de cada sección se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula para su conversión lineal. Contiene dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida

de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El primer ítem permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento. El instrumento no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo ítem mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

Para el presente estudio, una barra horizontal dividida en celdas que contienen en su interior los números del 1 al 7 sustituyó a la línea, y se asignó la puntuación de la celda donde se ubicó la X. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección, la puntuación total y las calificaciones de auto percepción de la calidad de vida y de la gravedad de la diabetes fueron transformadas a una escala de 0 a 100 con el auxilio de las siguientes fórmulas para su transformación lineal: Energía y movilidad: $[(\text{Calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$. Control de la diabetes: $[(\text{Calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$. Ansiedad-preocupación: $[(\text{Calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$. Carga social: $[(\text{Calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$. Funcionamiento sexual: $[(\text{Calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$. Calificación total: $[(\text{Calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$. Calidad de vida: $[(\text{Calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$. Severidad de la diabetes: $[(\text{Calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$.

Se considero mejor calidad de vida si la puntuación obtenida era menor y peor calidad de vida si era mayor.

Se dicotomizaron arbitrariamente las siguientes variables: Edad (45 a 60 años y 61 a 90 años), calidad de vida (buena calidad de vida en un grupo y regular y mala calidad de vida en el otro), percepción de calidad de vida (buena calidad y regular y mala calidad de vida) y severidad de la diabetes (alta severidad en un grupo y regular y baja severidad en el otro grupo).

El análisis de datos fue a través de estadística descriptiva, calculándose frecuencias y porcentajes. Los resultados obtenidos se representaron con tablas y gráficas de cada una de las variables, contando con la ayuda de un programa de computadora (Excel). Se utilizó la prueba de razón de momios para cada uno de los factores sociales asociados y Chi cuadrada para valorar diferencias entre grupos, para lo cual se utilizó otro programa de computadora (Epidat 3.1).

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel Internacional, Nacional e Institucional, previo consentimiento informado de los pacientes participantes.

RESULTADOS

Se incluyeron a un total de 151 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de los cuales 59 son hombres, 41 del turno matutino y 18 del turno vespertino y 92 mujeres, 69 del turno matutino y 23 del turno vespertino.

En relación al género de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se registraron a 59 hombres (39.1%) y a 92 mujeres (60.9%). (Tabla y grafica numero 1)

En cuanto a la edad de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron, se registraron en el grupo de 45 a 50 años a 32 pacientes diabéticos (21.2%), en el grupo de 51 a 60 años se registraron a 39 pacientes diabéticos (25.8%), en el grupo de 61 a 70 años de edad se registraron a 33 pacientes diabéticos (21.9%), en el grupo de 71 a 80 años de edad se registraron a 44 pacientes diabéticos (29.1%) y en el grupo de 81 a 90 años de edad se registraron a 3 pacientes diabéticos (2%). (Tabla y grafica numero 2)

En cuanto a la actividad de los pacientes, se encontró que 49 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 trabajaban (32%) y 102 de ellos no trabajaba (68%). (Tabla y grafica numero 3)

Dentro de las actividades específicas que desempeñan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró que en el grupo de pacientes obreros hay 5 pacientes (3.3%), en el grupo de empleados hay 35 pacientes (23.2%), en el grupo de propietarios o empresarios hay 6 pacientes (4%), en el grupo de desempleados hay 15 pacientes (9.9%), en el grupo de jubilados o pensionados hay 41 pacientes (27.2%), y por último, en el grupo de amas de casa hay 49 pacientes (32.5%). (Tabla y grafica numero 4)

Para la distribución por estado civil, se hicieron 5 grupos, el primero de ellos, el de solteros, está representado por 9 pacientes (6%), el segundo grupo, casados, está representado por 96 pacientes (64%), el tercer grupo, divorciados, está representado por 6 pacientes (4%), el cuarto grupo, viudos, está representado por 35 pacientes (23%) y el quinto y último grupo representado por 5 pacientes (3%). (Tabla y grafica numero 5)

Con respecto a la escolaridad, se encontró en el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con estudios a 127 pacientes (84.1%) y en el grupo de pacientes sin estudios a 24 pacientes (15.9%). (Tabla y grafica numero 6)

En relación al grado académico alcanzado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que realizaron la encuesta, se encontró que sin escolaridad había 24 pacientes (15.9%), pacientes que realizaron la primaria a 58 personas (38.4%), pacientes que realizaron la secundaria 38 (25.2%), en el grupo que estudio hasta preparatoria a 23 pacientes (15.2%), el grupo que estudio hasta la universidad con 6 pacientes (4%) y el grupo que estudio algún posgrado con 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 7)

En cuanto al tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, en el grupo de 1 a 5 años de evolución se encontraron a 52 pacientes (34.4%), en el grupo de 6 a 10 años se encontraron a 43 pacientes (28.5%), en el grupo de 11 a 15 años se encontraron a 21 pacientes (13.9%), en el grupo de 16 a 20 años se encontraron a 23 pacientes (15.2%), en el grupo de 21 a 25 años se encontraron a 7 pacientes (4.6%) y en el grupo de 26 a 30 años se encontraron a 5 pacientes (3.3%). (Tabla y grafica numero 8)

En el tratamiento farmacológico por vía oral, hay 2 grupos, en el grupo de pacientes que toman pastillas por vía oral hay 138 pacientes diabéticos (84.1%) y en el grupo de pacientes que no toman medicamento por vía oral hay 13 pacientes diabéticos (15.9%). (Tabla y grafica numero 9)

Dentro de los pacientes que toman medicamento por vía oral, existen otros dos grupos, el primero está formado por aquellos que conocen el medicamento por vía oral utilizado, con 127 pacientes diabéticos (84.1%) y el segundo grupo representado por aquellos que no conocen que pastillas toman, encontrando a 24 pacientes diabéticos (15.9%). Aquí es importante comentar que en este segundo grupo se incluyeron a 13 pacientes que no toman medicamento por vía oral, por lo que realmente tenemos a 11 pacientes que no conocen el nombre del medicamento por vía oral que utilizan. (Tabla y grafica numero 10)

En relación con los medicamentos por vía oral que utilizan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, existe el grupo de pacientes que utilizan glibenclamida, en el que hay 93 pacientes que si la utilizan (67.4%) y 45 pacientes que no la utilizan (32.6%). En el grupo de pacientes diabéticos que utilizan metformina hay 100 pacientes que si la utilizan (72.5%) y 38 pacientes que no la utilizan (27.5%). El grupo de pacientes que utiliza acarbose está compuesto por 9 pacientes que si utilizan este medicamento vía oral (6.5%) y 129 pacientes que no la utilizan (93.5%). Es importante recordar que en los grupos que no utilizan los medicamentos por vía oral, ya se les resto 13 pacientes, ya que ese fue el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no utilizan medicamentos por vía oral. (Tabla y grafica numero 11)

En cuanto a la utilización de insulina, en el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que utiliza insulina hay 23 pacientes (15%), y en el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no utiliza insulina hay 128 pacientes (85%). (Tabla y grafica numero 12)

Dentro de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que utilizan insulina, se realizo el grupo de pacientes que conoce el tipo de insulina que utiliza, representado por 17 pacientes (73.9%) y el grupo de pacientes que no conoce el tipo de insulina que utiliza con 6 pacientes (26.1%). (Tabla y grafica numero 13)

En los pacientes que utilizan insulina, existe el grupo que utiliza insulina NPH representado por 17 pacientes (73.9%), el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que utiliza insulina rápida no tiene pacientes, lo mismo que el grupo

de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que utiliza insulina glargina. (Tabla y grafica numero 14)

Los pacientes que tienen tratamiento no farmacológico, en específico dieta, representado con el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que realizan dieta con 117 pacientes (23%) y el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no realizan dieta con 34 pacientes (77%). (Tabla y grafica numero 15)

Dentro del mismo tratamiento no farmacológico para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hay otros dos grupos, el de pacientes que realizan ejercicio con 61 pacientes (40.4%) y el de pacientes que no realizan ejercicio con 90 pacientes (59.6%). (Tabla y grafica numero 16)

En cuanto a comorbilidad, existe el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que padece hipertensión arterial sistémica con 58 pacientes (38.4%) y el grupo que no padece hipertensión arterial sistémica con 93 pacientes (61.6%). (Tabla y grafica numero 17)

Siguiendo con la comorbilidad, existe otro grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que padece dislipidemia con 48 pacientes (32%) y el otro grupo que no padece dislipidemia con 103 pacientes (68%). (Tabla y grafica numero 18)

En cuanto a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, existe otro grupo de pacientes que padece enfermedades cardiovasculares, representado con 22 pacientes (15%) y el otro grupo de pacientes que no padece enfermedades cardiovasculares con 129 pacientes (85%). (Tabla y grafica numero 19)

En relación a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que padecen sobrepeso y obesidad, representado con 90 pacientes (60%) y otro grupo de pacientes sin sobrepeso ni obesidad con 61 pacientes (40%). (Tabla y grafica numero 20)

Otra de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 es la nefropatía diabética, por lo que está el grupo de pacientes que padece nefropatía diabética con 13 pacientes (9%) y el grupo de pacientes que no padece nefropatía diabética con 138 pacientes (91%). (Tabla y grafica numero 21)

Siguiendo con las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, la retinopatía diabética es otra de ellas, por lo que se realizó un grupo con pacientes que padecen retinopatía con 45 pacientes (30%) y aquellos que no padecen retinopatía con 106 pacientes (70%). (Tabla y grafica numero 22)

La última de las complicaciones de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es la neuropatía diabética, teniendo entonces el grupo de pacientes que padecen neuropatía con 19 pacientes (13%) y el grupo de pacientes que no padecen neuropatía diabética con 132 pacientes (87%). (Tabla y grafica numero 23)

Calidad de Vida:

Entrando a la evaluación de Calidad de Vida, del total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que contestaron el cuestionario Diabetes 39, se obtuvo que 94 pacientes (62.3%) tienen una buena calidad de vida, 53 de ellos (35.1%) regular calidad de vida y 4 (2.6%) tienen mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 24)

De estos mismos pacientes, la calidad de vida que ellos perciben, 27 (17.9%) reporta buena calidad de vida, 60 de ellos (45%) regular calidad de vida y 56 (37.1%) mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 25)

En cuanto a la aplicación del cuestionario Diabetes 39, éste valora diferentes rubros, en cuanto a energía y movilidad de los pacientes masculinos con diabetes mellitus tipo 2, se registraron 38 de ellos (64%) con buena energía y movilidad, 17 de ellos (29%) con regular energía y movilidad y tan solo 4 de ellos (7%) con mala energía y movilidad. (Tabla y grafica numero 26)

El siguiente rubro valorado en el cuestionario Diabetes 39, nos habla del control de la diabetes, en el que para el caso de pacientes masculinos con diabetes mellitus tipo 2, reporta a 37 de ellos (62.7%) con buen control de la diabetes, 18 de ellos (30.5%) con regular control de la diabetes y 4 (6.8%) con mal control de la diabetes. (Tabla y grafica numero 27)

El rubro de ansiedad preocupación del cuestionario Diabetes 39, para pacientes masculinos con diabetes mellitus tipo 2, reporto 21 de ellos (35.6%) con baja ansiedad preocupación, 23 de ellos (39%) con regular ansiedad preocupación y 15 de ellos (25.4%) con alta ansiedad preocupación. (Tabla y grafica numero 28)

El siguiente rubro evaluado del cuestionario Diabetes 39, para pacientes masculinos con diabetes mellitus tipo 2, es el de carga social, en el que se reportan 45 hombres (76.3%) con baja carga social, 10 hombres (16.9%) con regular carga social, y 4 (6.8%) con elevada carga social. (Tabla y grafica numero 29)

El funcionamiento sexual, quinto rubro evaluado en el cuestionario Diabetes 39, reporto para el caso de pacientes masculinos, a 29 de ellos (49.2%) con buena calidad de vida, 15 de ellos (25.4%) con regular calidad de vida y 15 (25.4%) con mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 30)

Estos 5 rubros dan una calificación total, la cual reporto que la calidad de vida de los pacientes masculinos, en 34 de ellos (57.6%) con buena calidad de vida, 21 (35.6%) con regular calidad de vida y solo 4 de ellos (6.8%) con mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 31)

La percepción de la calidad de vida de los pacientes masculinos entrevistados con diabetes mellitus tipo 2, reporta a 14 de ellos (23.7%) con buena calidad de vida, 23 de ellos (39%) con regular calidad de vida y 22 (37.3%) con mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 32)

Para el caso de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2, aplicándoles el mismo cuestionario Diabetes 39, reporta que en el caso de energía y movilidad hay 61 mujeres (66.3%) con buena energía y movilidad, 30 (32.6%) con regular energía y movilidad y 1 (1.1%) con mala energía y movilidad. (Tabla y grafica numero 33)

El rubro control de la diabetes, del cuestionario Diabetes 39, reporta a 66 mujeres con diabetes mellitus tipo 2 (71.7%) con buen control de la diabetes, 26 (28.3%) con regular control de la diabetes y a ninguna con mal control de la diabetes. (Tabla y grafica numero 34)

Ansiedad preocupación, evaluado con el cuestionario Diabetes 39, reporta a 33 mujeres con diabetes mellitus tipo 2 (35.9%) con baja ansiedad preocupación, 39 (42.4%) con regular ansiedad preocupación y 20 (21.7%) con alta ansiedad preocupación. (Tabla y grafica numero 35)

El rubro de carga social, evaluado para mujeres con diabetes mellitus tipo 2, con el cuestionario Diabetes 39, reporta a 71 de ellas (77.2%) con baja carga social, 19 (20.7%) de ellas con regular carga social y 2 (2.2%) con alta carga social. (Tabla y grafica numero 36)

En cuanto al funcionamiento sexual, rubro evaluado en el cuestionario Diabetes 39 para mujeres con diabetes mellitus tipo 2, nos habla de que 67 de ellas (77.8%) presentan buen funcionamiento sexual, 14 (15.2%) con regular funcionamiento sexual y 11 (12%) con mal funcionamiento sexual. (Tabla y grafica numero 37)

La calificación total de estos 5 rubros evaluados en el cuestionario Diabetes 39, reporta que 60 mujeres con diabetes mellitus tipo 2 (65.2%) presentan buena calidad de vida, 32 (34.8%) regular calidad de vida y ninguna presenta mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 38)

Haciendo una comparación entre la calificación total de hombres y mujeres, tenemos que con buena calidad de vida hay 34 hombres (57.6%) y 60 mujeres (65.2%), con regular calidad de vida hay 21 hombres 35.6% y 32 mujeres (34.8%) y con mala calidad de vida hay 4 hombres (6.8%) y ninguna mujer. (Tabla y grafica numero 39 y tabla 1)

La percepción de la calidad de vida de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2 que contestaron el cuestionario, reporta a 13 de ellas (14.1%) con buena calidad de vida, a 45 (48.9%) con regular calidad de vida y a 34 (37%) con mala calidad de vida. (Tabla y grafica numero 40)

También se realizó una comparación entre la percepción de calidad de vida de hombres y mujeres, encontrando que con buena calidad de vida hay 14 hombres (23.7%) y 13 mujeres (14.1%), con regular calidad de vida hay 23 hombres (39%) y 45 mujeres (48.9%), y con mala calidad de vida hay 22 hombres (37.3%) y 34 mujeres (37%). (Tabla y grafica numero 41)

La severidad de la diabetes mellitus tipo 2, se calificó con el cuestionario Diabetes 39, reportando en toda la población a 54 pacientes (35.8%) con mínima severidad, a 61 pacientes (40.4%) con regular severidad y a 36 (23.8%) con extrema severidad. (Tabla y grafica numero 42)

Para el caso de los pacientes masculinos, se evaluó la severidad de la diabetes, reportando a 18 de ellos (30.5%) con mínima severidad, 31 de ellos (52.5%) con regular severidad y a 10 (16.9%) con extrema severidad. (Tabla y grafica numero 43)

También se evaluó la severidad de la diabetes mellitus tipo 2 para las mujeres, reportando a 36 de ellas (39.1%) con mínima severidad, 30 de ellas (32.6%) con regular severidad y a 26 de ellas (28.3%) con extrema severidad. (Tabla y grafica numero 44)

Se realizo una comparación entra la distribución por severidad de pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo 2, encontrando a 18 hombres (30.5%) y 36 mujeres (39.1%) con baja severidad de la diabetes, a 31 hombres (52.5%) y 30 mujeres (32.6%) con regular severidad y a 10 hombres (16.9%) y 26 mujeres (28.3%) con alta severidad de la diabetes. (Tabla y grafica numero 45)

También se realizaron comparaciones entre características sociodemográficas y calidad de vida, encontrando que en el grupo de 45 a 60 años, con buena calidad de vida hay 18 pacientes (11.9%), con regular calidad de vida 12 pacientes (7.9%) y con mala calidad de vida 2 pacientes (1.3%). En el grupo de 51 a 60 años, con buena calidad de vida hay 26 pacientes (17.2%), con regular calidad de vida hay 13 pacientes (8.6%) y con mala calidad de vida no hay ninguno. En el grupo de 61 a 70 años de edad, con buena calidad de vida 24 pacientes (15.9%), con regular calidad de vida 9 pacientes (6%) y con mala calidad de vida ninguno. En el grupo de 71 a 80 años de edad, con buena calidad de vida hay 23 pacientes (15.2%), con regular calidad de vida hay 19 pacientes (12.6%), y con mala calidad de vida hay 2 pacientes (1.3%) y por último, en el grupo de 81 a 90 años de edad, con buena calidad de vida 3 pacientes (2%), y con regular y mala calidad de vida ninguno. (Tabla numero 46)

La comparación entre los grupos que trabajan y no trabajan, refleja que en el primer grupo, con buena calidad de vida hay 29 pacientes (19.2%), con regular calidad de vida hay 18 pacientes (11.9%) y con mala calidad de vida hay solo 2 pacientes (1.3%); y para el segundo grupo, con buena calidad de vida hay 65 pacientes (43%), con regular calidad de vida son 35 pacientes (23.2%) y con mala calidad de vida 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 47)

Haciendo la comparación por actividad específica que desempeñan los pacientes, tenemos que en el grupo de obreros hay 3 pacientes (2%) con buena calidad de vida, 2 pacientes (1.3%) con regular calidad de vida y ninguno con mala calidad de vida. En el grupo de empleados, tenemos a 23 pacientes (15.2%) con buena calidad de vida, 10 pacientes (6.6%) con regular calidad de vida y 2 pacientes

(1.3%) con mala calidad de vida. En el grupo de propietarios o empresarios, tenemos a 2 pacientes (1.3%) con buena calidad de vida, 4 con regular calidad de vida (2.6%) y a ninguno con mala calidad de vida. En el grupo de desempleados hay 12 pacientes (7.9%) con buena calidad de vida, 1 paciente (0.7%) con regular calidad de vida y 2 pacientes (1.3%) con mala calidad de vida. En el grupo de jubilados o pensionados hay 23 pacientes (15.2%) con buena calidad de vida, 18 pacientes (11.9%) con regular calidad de vida y ninguno con mala calidad de vida. En el grupo de amas de casa hay 31 pacientes (20.5%) con buena calidad de vida, 18 pacientes (11.9%) con regular calidad de vida y ninguno con mala calidad de vida. (Tabla numero 48)

Realizando una comparación por estado civil, tenemos en el grupo de solteros, con buena calidad de vida a 5 pacientes (3.3%), con regular calidad de vida a 2 pacientes (1.3%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de casados, con buena calidad de vida a 62 pacientes (41.1%), con regular calidad de vida a 32 pacientes (21.2%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de divorciados, con buena calidad de vida a 4 pacientes (2.6%), con regular calidad de vida a 2 pacientes (1.3%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo de viudos, con buena calidad de vida a 21 pacientes (13.9%), con regular calidad de vida a 14 pacientes (9.3%) y con mala calidad de vida a ninguno. Y en el grupo de unión libre, con buena calidad de vida a 2 pacientes (1.3%), con regular calidad de vida a 3 pacientes (2%) y a ninguno con mala calidad de vida. (Tabla numero 49)

La comparación de pacientes con estudios, con buena calidad de vida, reporta a 73 pacientes (48.3%), con regular calidad de vida a 50 pacientes (33.1%) y a 4 pacientes (2.6%) con mala calidad de vida. Y en el grupo de pacientes sin estudios, a 21 pacientes (13.9%) con buena calidad de vida, 3 pacientes (2%) con regular calidad de vida y a ninguno con mala calidad de vida. (Tabla numero 50)

Con respecto a la comparación entre la distribución por grado académico y la calidad de vida, tenemos en el grupo sin escolaridad, con buena calidad de vida a 21 pacientes (13.9%), con regular calidad de vida a 3 pacientes (2%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo con escolaridad primaria, con buena calidad de vida tenemos a 32 pacientes (21.2%), con regular calidad de vida a 24 pacientes (15.9%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo con escolaridad secundaria, tenemos con buena calidad de vida a 24 pacientes (15.9%), con regular calidad de vida a 14 pacientes (9.3%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo con escolaridad preparatoria, con buena calidad de vida a 11 pacientes (7.3%), con regular calidad de vida a 10 pacientes (6.6%), y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). El grupo con universidad, con buena calidad de vida hay 6 pacientes (4%), con regular y mala calidad de vida a ninguno. Y en el grupo con posgrado, con regular calidad de vida hay 2 pacientes (1.3%) y con buena y mala calidad de vida no hay ningún paciente. (Tabla numero 51)

La comparación en cuanto a los años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 y la calidad de vida, reporta al grupo de 1 a 5 años, con buena calidad de vida a 34 pacientes (22.5%), con regular calidad de vida a 18 pacientes (11.9%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo de 6 a 10 años, con buena calidad de vida a 21 pacientes (13.9%), con regular calidad de vida a 20 pacientes (13.2%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de 11 a 15 años, con buena calidad de vida a 15 pacientes (9.9%), con regular calidad de vida a 6 pacientes (4%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo de 16 a 20 años, con buena calidad de vida a 16 pacientes (10.6%), con regular calidad de vida a 7 pacientes (4.6%) y con mala calidad de vida a ninguno. En el grupo de 21 a 25 años, con buena calidad de vida a 4 pacientes (2.6%), con regular calidad de vida a 2 pacientes (1.3%), lo mismo que con mala calidad de vida. En el grupo de 26 a 30 años de edad, con buena calidad de vida a 4 pacientes (2.6%) y con regular y mala calidad de vida a ningún paciente. (Tabla numero 52)

Los pacientes con tratamiento por vía oral, con buena calidad de vida hay 86 pacientes (57%), con regular calidad de vida a 48 pacientes (31.8%) y con mala calidad de vida 4 pacientes (2.6%). Y en el grupo de pacientes que no toman pastillas, con buena calidad de vida hay 8 pacientes (5.3%), con regular calidad de vida 5 pacientes (3.3%) y con mala calidad de vida ninguno. (Tabla y grafica numero 53)

En cuanto a la comparación entre el conocimiento del medicamento por vía oral utilizado, con buena calidad de vida hay 83 pacientes (55%), con regular calidad de vida 40 pacientes (26.5%) y con mala calidad de vida a 4 pacientes (2.6%). En el grupo de pacientes que no saben que medicamento por vía oral utilizan, con buena calidad de vida hay 11 pacientes (7.3%), con regular calidad de vida a 13 pacientes (8.6%) y con mala calidad de vida a ninguno. (Tabla y grafica numero 54)

La comparación del grupo de pacientes que utiliza insulina con la calidad de vida, reporta con buena calidad de vida a 12 pacientes (7.9%), con regular calidad de vida a 11 pacientes (7.3%) y ninguno con mala calidad de vida. Y en el grupo que no utiliza insulina, con buena calidad de vida hay 82 pacientes (54.3%), con regular calidad de vida a 42 pacientes (27.8%) y con mala calidad de vida a 4 pacientes (2.6%). (Tabla y grafica numero 55)

Comparando al grupo que realiza dieta, con buena calidad de vida tenemos a 76 pacientes (50.3%), con regular calidad de vida a 39 pacientes (25.8%), con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). Y en el otro grupo, pacientes que no realizan dieta, con buena calidad de vida a 18 pacientes (11.9%), con regular calidad de vida 14 pacientes (9.3%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 56)

En el grupo que realiza ejercicio, con buena calidad de vida, tenemos 48 pacientes (31.8%), con regular calidad de vida 9 pacientes (6%) y con mala calidad de vida 4 pacientes (2.6%). En el grupo que no realiza ejercicio, con buena calidad de vida

46 pacientes (30.5%), con regular calidad de vida 44 pacientes (29.1%) y con mala calidad de vida a ninguno. (Tabla y grafica numero 57)

Para el caso de los pacientes con hipertensión arterial, con buena calidad de vida hay 37 pacientes (24.5%), con regular calidad de vida 21 pacientes (13.9%) y con mala calidad de vida ninguno. Y en el grupo de pacientes que no padecen hipertensión arterial, con buena calidad de vida hay 57 pacientes (37.7%), con regular calidad de vida 32 pacientes (21.2%) y con mala calidad de vida 4 pacientes (2.6%). (Tabla y grafica numero 58)

Comparando al grupo de pacientes que padece dislipidemia, con buena calidad de vida tenemos 28 pacientes (18.5%), con regular calidad de vida a 18 pacientes (11.9%), con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no padece dislipidemia, con buena calidad de vida hay 66 pacientes (43.7%), con regular calidad de vida a 35 pacientes (23.2%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 59)

Continuando con los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los que padecen enfermedades cardiovasculares, con buena calidad de vida tenemos a 15 pacientes (9.9%), con regular calidad de vida a 5 pacientes (3.3%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que no padecen enfermedades cardiovasculares, con buena calidad de vida tenemos a 79 pacientes (52.3%), con regular calidad de vida a 48 pacientes (31.8%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 60)

La comparación en el grupo de pacientes con diabetes mellitus 2 con sobrepeso y obesidad, con buena calidad de vida, 56 pacientes (37.1%), con regular calidad de vida 34 pacientes (22.5%) y ninguno con mala calidad de vida. En el grupo de pacientes que no padecen sobrepeso y obesidad, con buena calidad de vida 38 pacientes (25.2%), con regular calidad de vida 19 pacientes (12.6%), y con mala calidad de vida 4 pacientes (2.6%). (Tabla y grafica numero 61)

Comparando al grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía diabética, con buena calidad de vida hay 6 pacientes (4%), con regular calidad de vida hay 5 pacientes (3.3%) y con mala calidad de vida hay 2 pacientes (1.3%). En el grupo con diabetes mellitus 2 sin nefropatía diabética, con buena calidad de vida hay 88 pacientes (58.3%), con regular calidad de vida 48 pacientes (31.8%) y con mala calidad de vida 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 62)

En cuanto a la comparación entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía diabética, con buena calidad de vida tenemos a 25 pacientes (16.6%), con regular calidad de vida a 19 pacientes (12.6%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). En el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que no padecen retinopatía diabética, con buena calidad de vida hay 69 pacientes (45.7%), con regular calidad de vida 34 pacientes (22.5%) y con mala calidad de vida a 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 63)

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con neuropatía diabética, con buena calidad de vida hay 5 pacientes (3.3%), con regular calidad de vida hay 12 pacientes (7.9%) y con mala calidad de vida hay 2 pacientes (1.3%) y el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no padece neuropatía, con buena calidad de vida hay 89 pacientes (58.9%), con regular calidad de vida hay 41 pacientes (27.2%) y con mala calidad de vida hay 2 pacientes (1.3%). (Tabla y grafica numero 64)

Se calculó el riesgo observado por medio de razón de momios (OR) para cada uno de los factores asociados, entre el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentaba buena calidad de vida y el grupo que no lo presento.

Tomando en cuenta el género femenino como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 1.37, con un intervalo de confianza al 95% de 0.70 a 2.69, $p=0.34$. (Tabla 65)

Con respecto a la edad de 61 a 90 con mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 1.02, con un intervalo de confianza al 95% de 0.52 a 1.97, $p=0.94$. (Tabla 65)

El trabajar como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.82, con un intervalo de confianza al 95% de 0.41 a 1.65, $p=0.58$. (Tabla 65)

En cuanto al estado civil, los solteros son el grupo con mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.86, con un intervalo de confianza al 95% de 0.43 a 1.73, $p=0.68$. (Tabla 65)

Hablando de escolaridad, el grupo de pacientes que no tuvo estudios, tiene mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 5.17, con un intervalo de confianza al 95% de 1.46 a 18.25, $p=0.003$. (Tabla 65)

En relación con los años de evolución, mayor de 10 años como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 1.66, con un intervalo de confianza al 95% de 0.82 a 3.36, $p=0.15$. (Tabla 65)

En cuanto al tratamiento vía oral, como factor de riesgo para mala calidad de vida de los pacientes que no lo toman, se le calculó una OR de 0.96, con un intervalo de confianza al 95% de 0.30 a 3.11, $p=0.95$. (Tabla 65)

Tomando en cuenta a los pacientes que no utilizan insulina como factor de riesgo para mala calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se le calculó una OR de 1.63, con un intervalo de confianza al 95% de 0.66 a 3.99, $p=0.27$. (Tabla 65)

Los pacientes que no realizan dieta tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.60, con un intervalo de confianza al 95% de 0.28 a 1.31, $p=0.20$. (Tabla 65)

Considerando a los pacientes que no realizan ejercicio con mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.28, con un intervalo de confianza al 95% de 0.13 a 0.59, $p=0.0006$. (Tabla 65)

La hipertensión arterial sistémica como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 1.11, con un intervalo de confianza al 95% de 0.56 a 2.19, $p=0.075$. (Tabla 65)

Los pacientes que presentan dislipidemia, tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.78, con un intervalo de confianza al 95% de 0.38 a 1.58, $p=0.49$. (Tabla 65)

Las enfermedades cardiovasculares son un factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 1.35, con un intervalo de confianza al 95% de 0.51 a 3.55, $p=0.53$. (Tabla 65)

En cuanto a la obesidad y el sobrepeso, son factores que pueden favorecer mala calidad de vida, se les calculó una OR de 0.99, con un intervalo de confianza al 95% de 0.50 a 1.94, $p=0.0001$. (Tabla 65)

Los pacientes nefropatas tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.48, con un intervalo de confianza al 95% de 0.15 a 1.52, $p=0.21$. (Tabla 65)

La retinopatía diabética como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.62, con un intervalo de confianza al 95% de 0.30 a 1.25, $p=0.18$. (Tabla 65)

Considerando a los pacientes con neuropatía como factor de riesgo para mala calidad de vida, se le calculó una OR de 0.17, con un intervalo de confianza al 95% de 0.058 a 0.51, $p=0.0005$ (Tabla 65)

TABLAS Y GRAFICAS

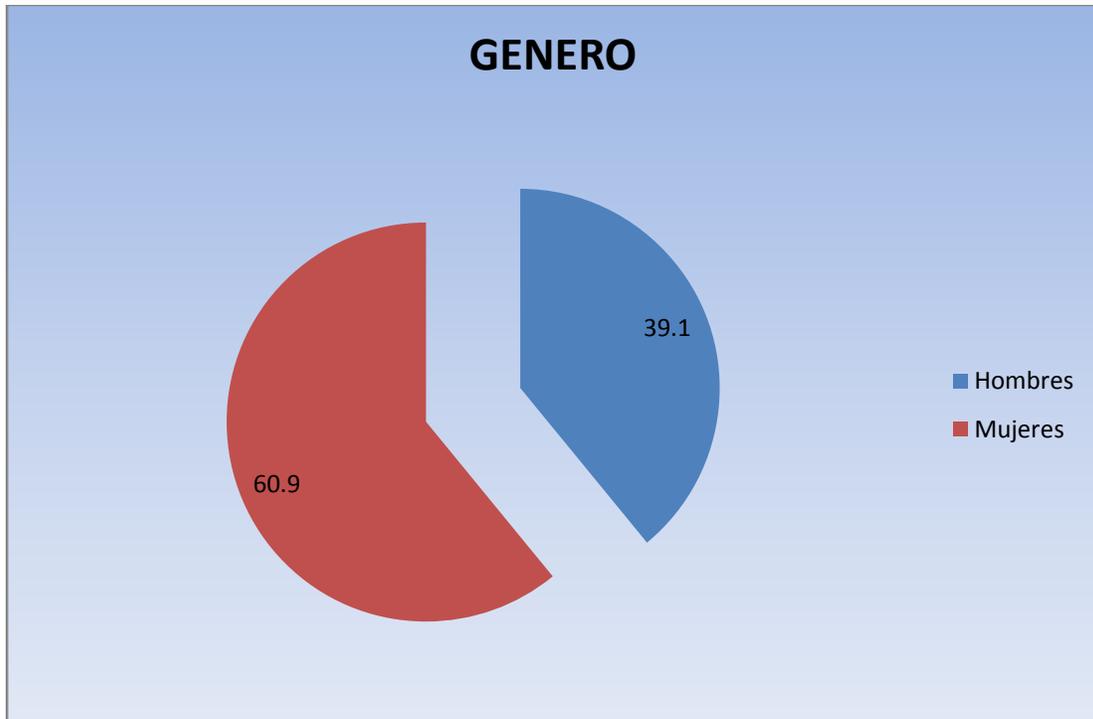
TABLA 1

Distribución por género del total de pacientes que participaron en el estudio.

Sexo	Pacientes	Porcentaje (%)
Hombres	59	39.1
Mujeres	92	60.9

GRAFICA 1

Distribución por género de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 2

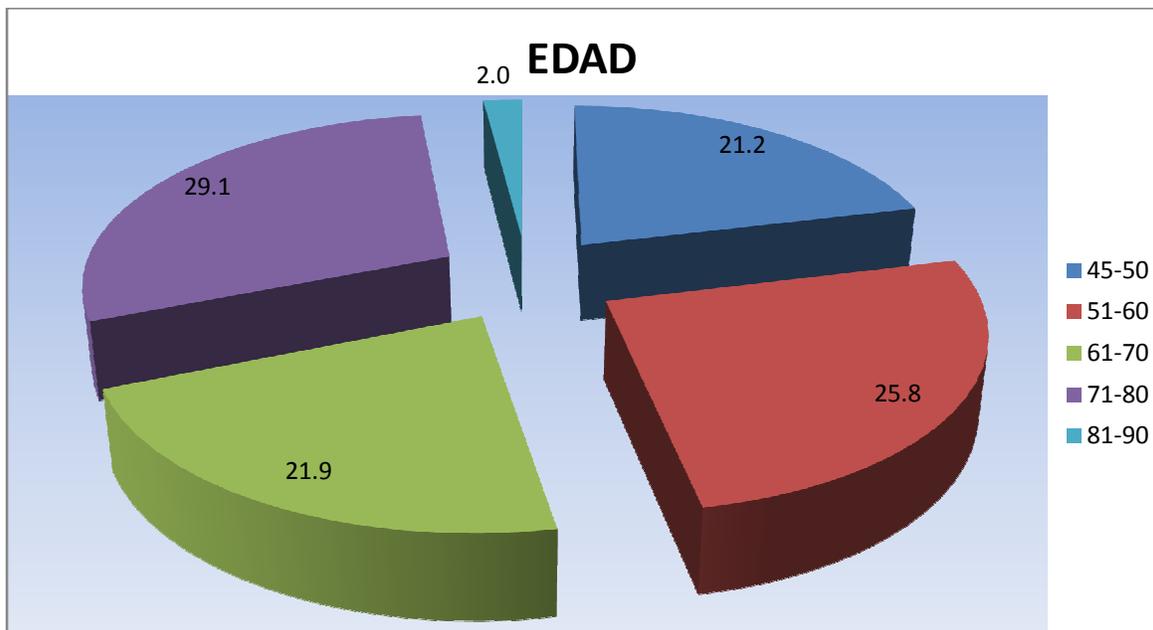
Distribución por grupos de edad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Grupos de edad	Número de pacientes	Porcentaje (%)
45-50	32	21.2
51-60	39	25.8
61-70	33	21.9
71-80	44	29.1
81-90	3	2.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRÁFICA 2

Distribución por grupos de edad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 3

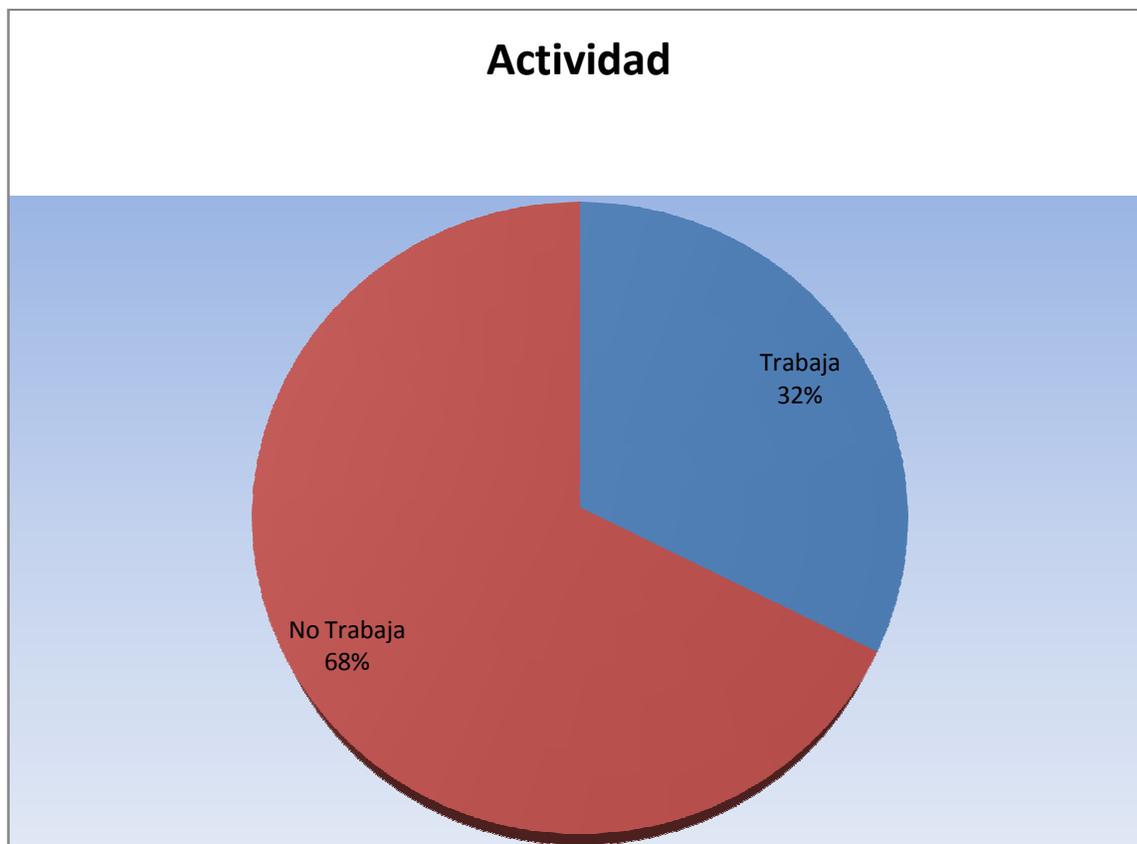
Distribución por actividad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Actividad	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Trabaja	49	32
No Trabaja	102	68

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 3

Distribución por actividad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 4

Distribución por actividad que desempeña, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

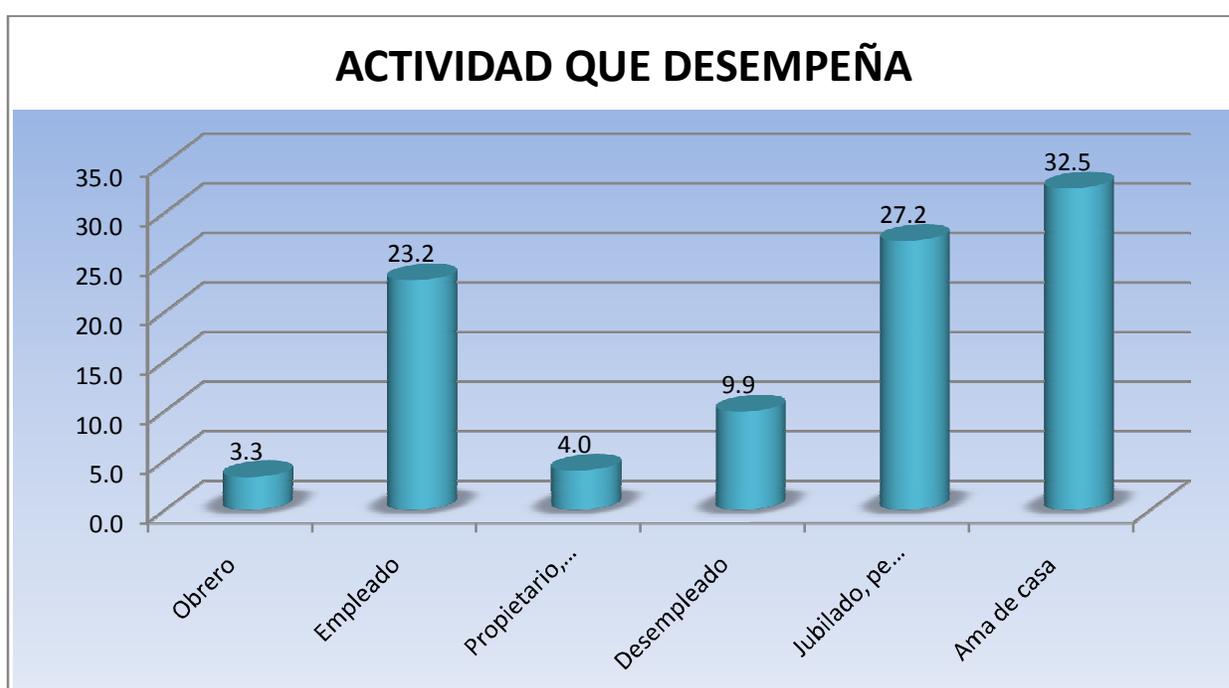
Actividad Realizada	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Obrero	5	3.3
Empleado	35	23.2
Propietario, empresario	6	4.0
Desempleado	15	9.9

Jubilado, pensionado	41	27.2
Ama de casa	49	32.5

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 4

Distribución por actividad que desempeña, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 5

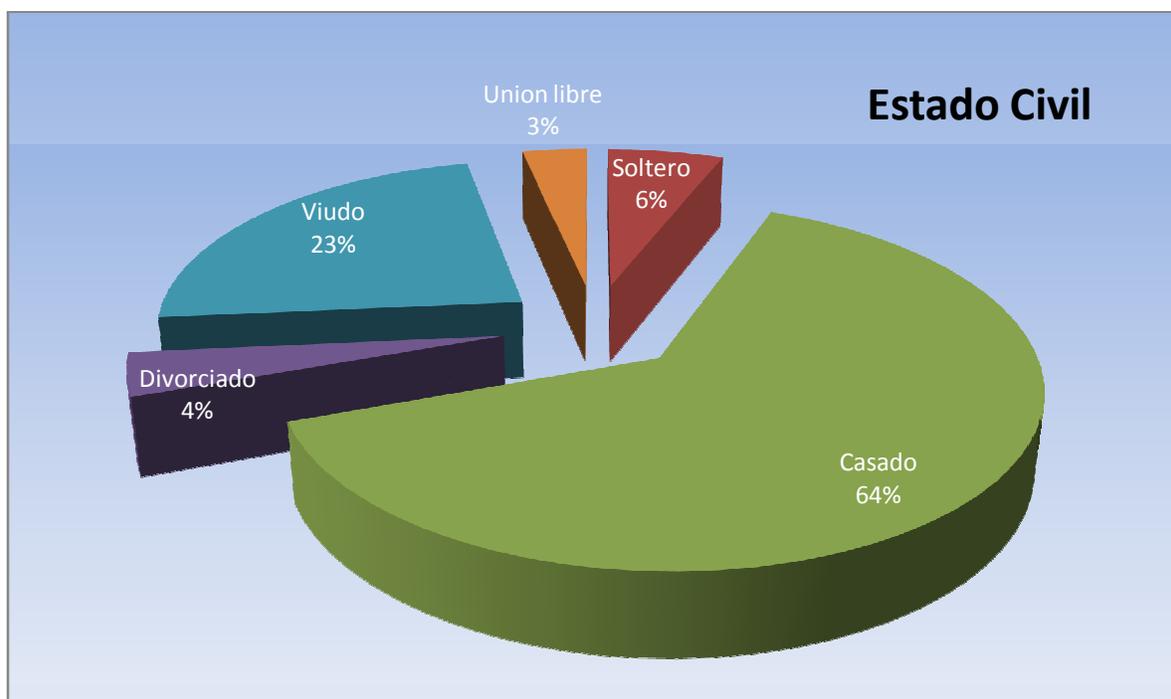
Distribución por estado civil, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Estado Civil	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Soltero	9	6
Casado	96	64
Divorciado	6	4
Viudo	35	23
Unión libre	5	3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 5

Distribución por estado civil, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 6

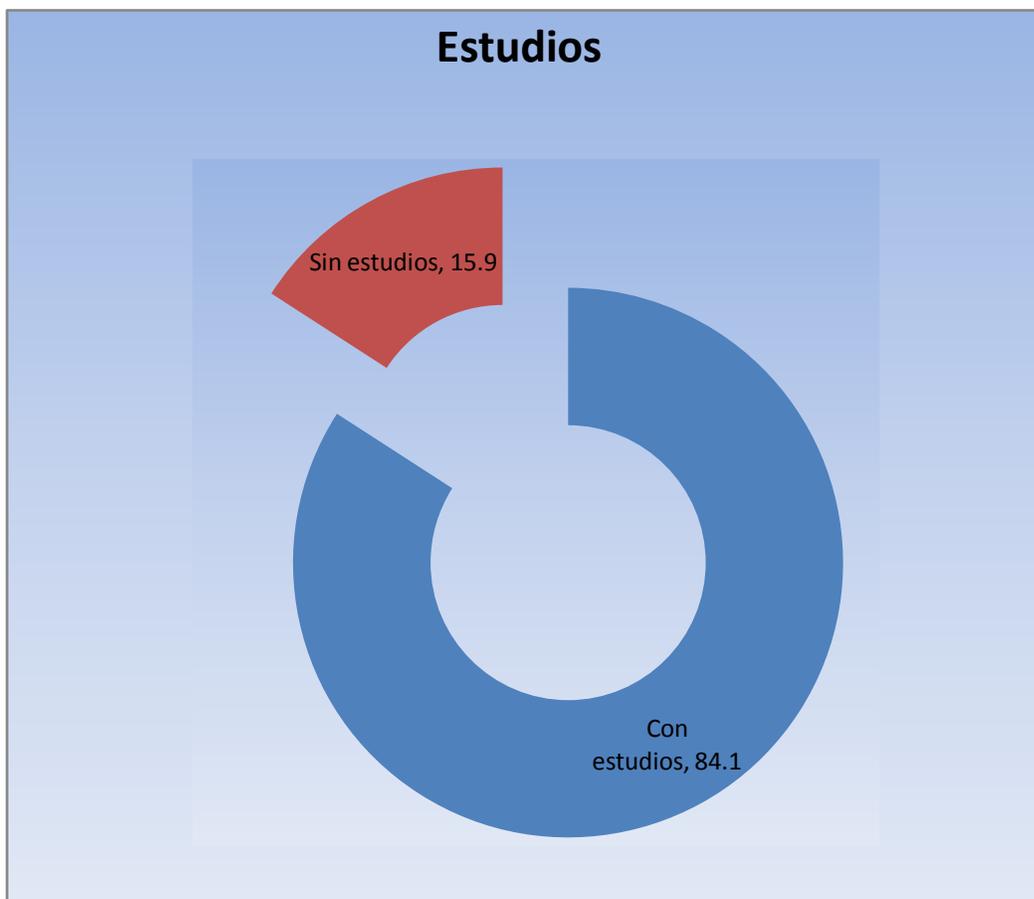
Distribución por escolaridad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Estudios	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Con estudios	127	84.1
Sin estudios	24	15.9

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 6

Distribución por escolaridad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 7

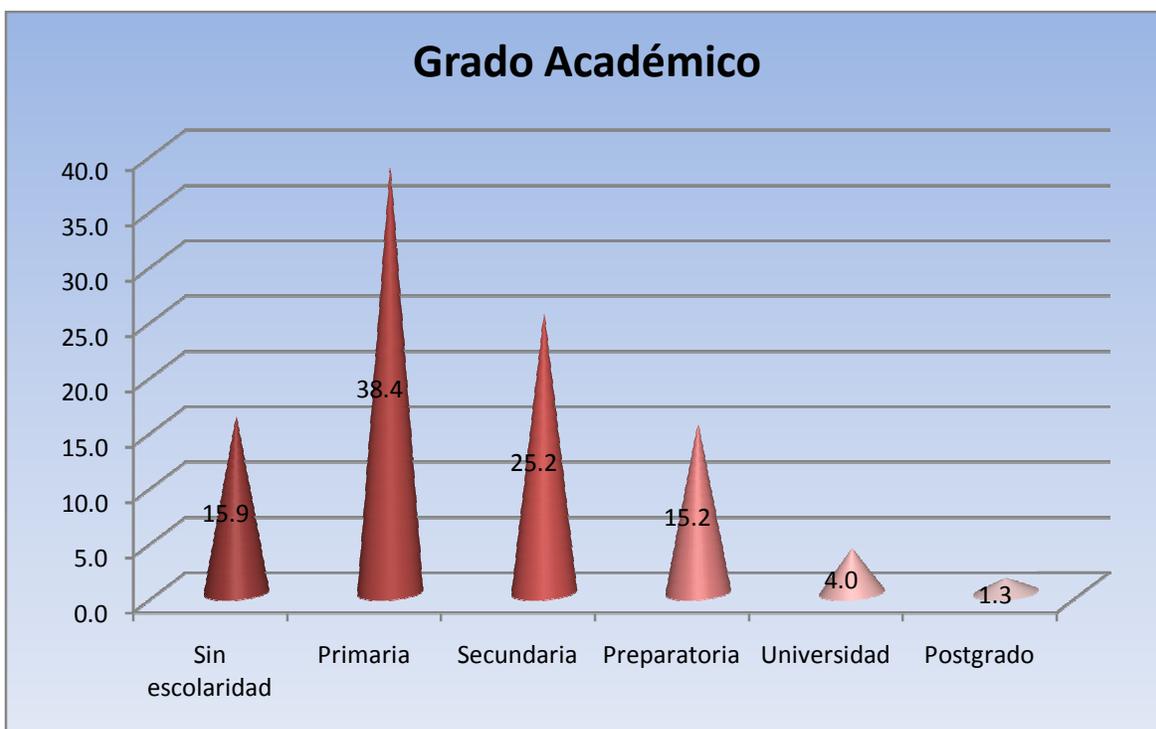
Distribución por grado académico, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Grado Académico	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Sin escolaridad	24	15.9
Primaria	58	38.4
Secundaria	38	25.2
Preparatoria	23	15.2
Universidad	6	4.0
Postgrado	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 7

Distribución por grado académico, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 8

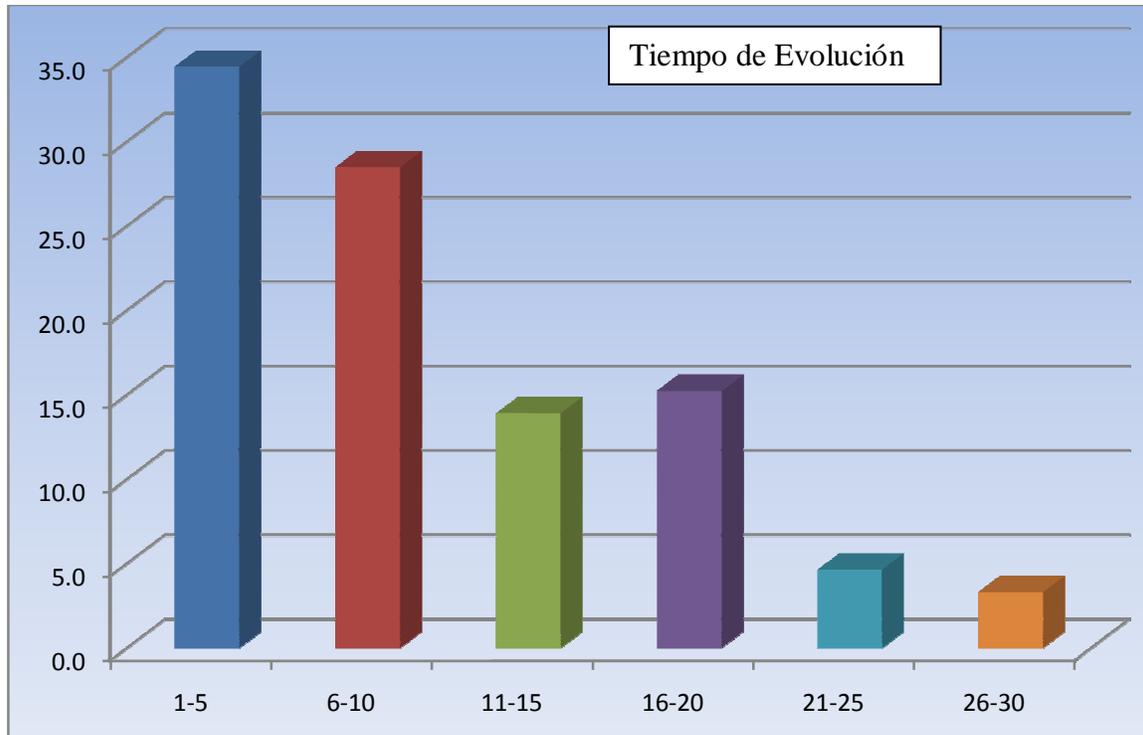
Distribución por tiempo de evolución, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Tiempo de Evolución en Años	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
1-5	52	34.4
6-10	43	28.5
11-15	21	13.9
16-20	23	15.2
21-25	7	4.6
26-30	5	3.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 8

Distribución por tiempo de evolución, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 9

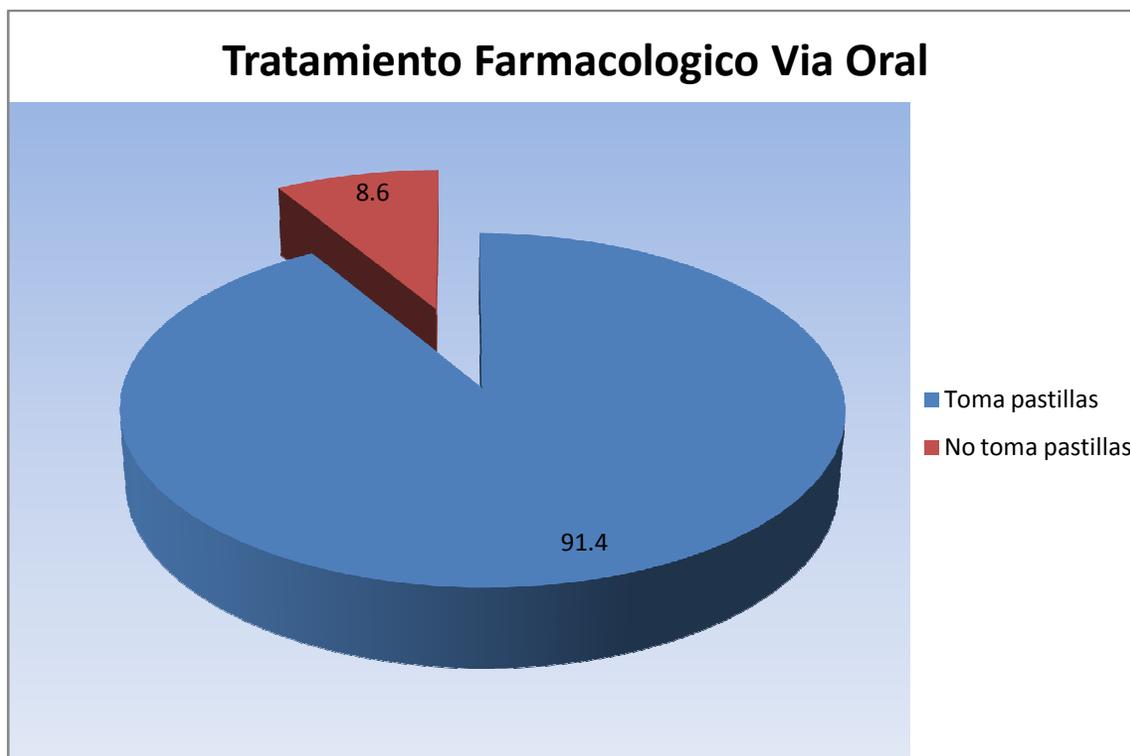
Distribución por tratamiento farmacológico por vía oral, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Uso de Medicamentos Vía Oral	Número de Pacientes	Porcentaje(%)
Toma pastillas	138	84.1
No toma pastillas	13	15.9

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 9

Distribución por tratamiento farmacológico por vía oral, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

Tabla 10

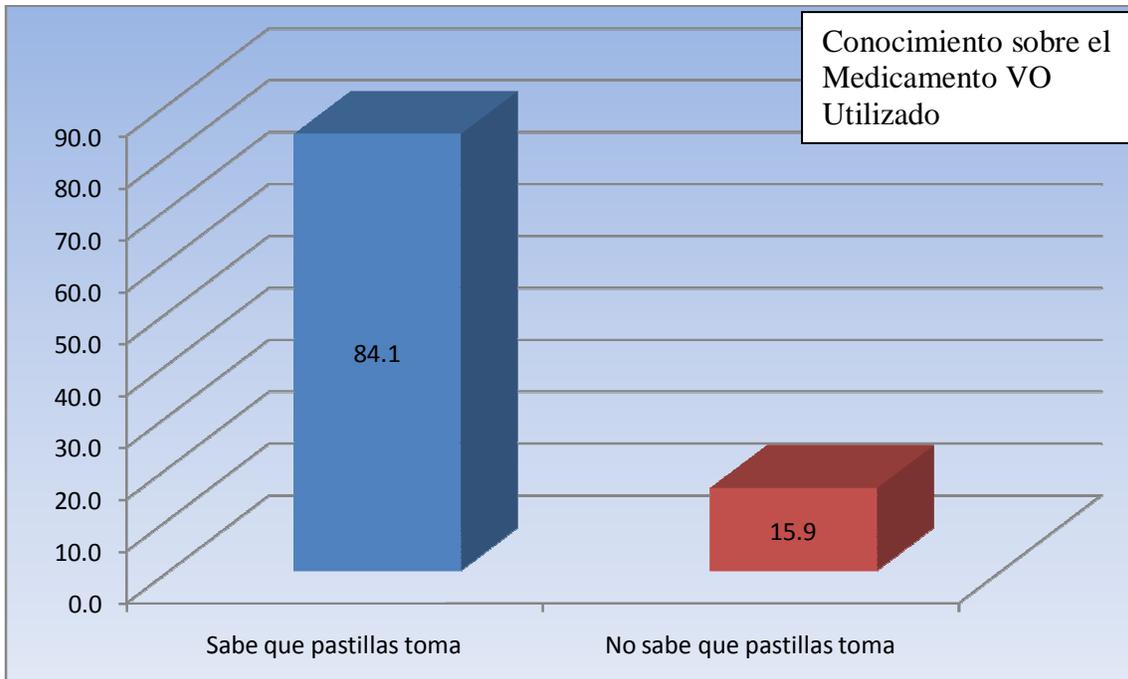
Distribución por conocimiento sobre el tipo de medicamento de vía oral que utilizan los pacientes que participaron en el estudio.

Conocimiento sobre medicamento utilizado por vía oral	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Sabe qué pastillas toma	127	84.1
No sabe qué pastillas toma	24	15.9

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

Grafica 10

Distribución por conocimiento sobre el tipo de medicamento de vía oral que utilizan los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 11

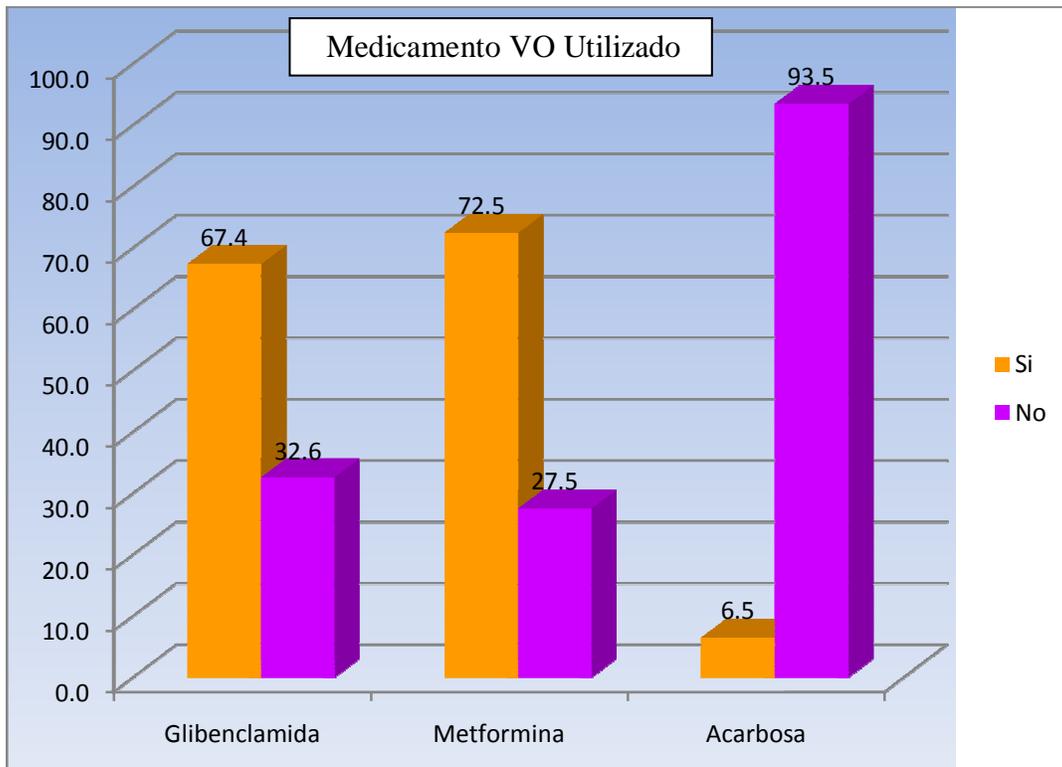
Distribución por medicamento vía oral que utilizan los pacientes que participaron en el estudio.

Medicamento utilizado	Sí	Porcentaje (%)	No	Porcentaje (%)
Glibenclamida	93	67.4	45	32.6
Metformina	100	72.5	38	27.5
Acarbosa	9	6.5	129	93.5

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 11

Distribución por medicamento vía oral que utilizan los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 12

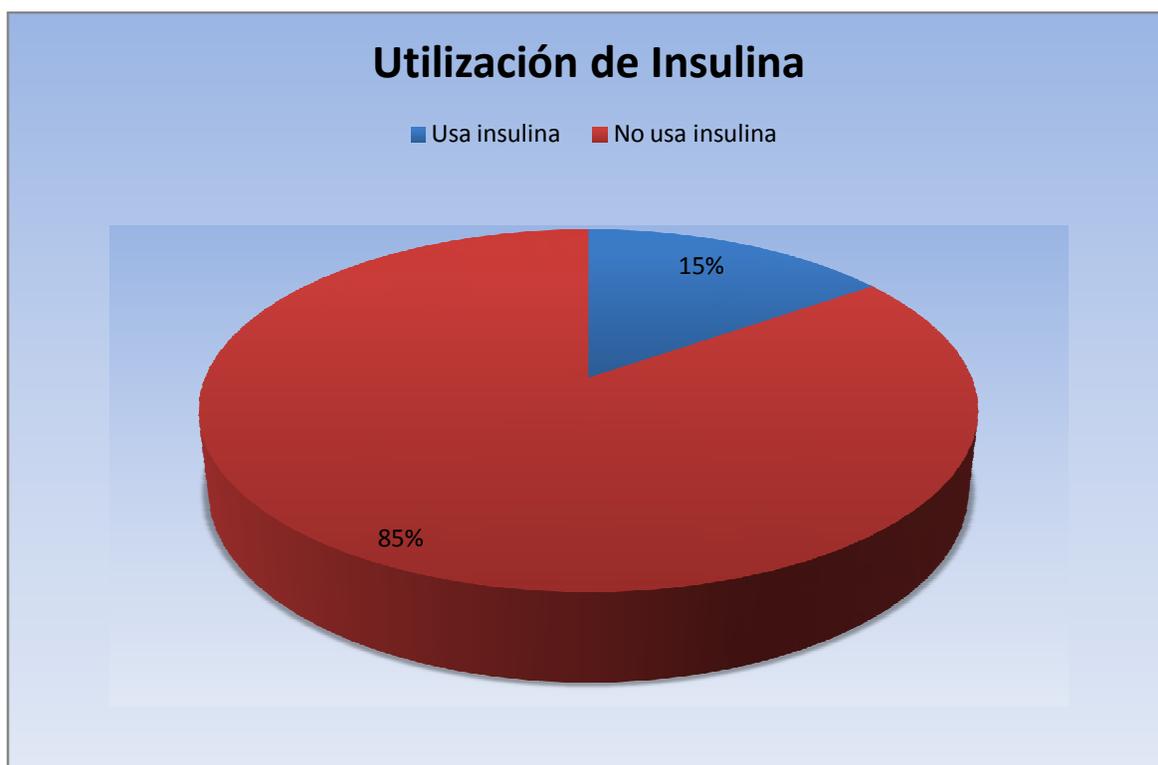
Distribución por la utilización de insulina, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Utilización de Insulina	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Usa insulina	23	15
No usa insulina	128	85

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 12

Distribución por la utilización de insulina, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 13

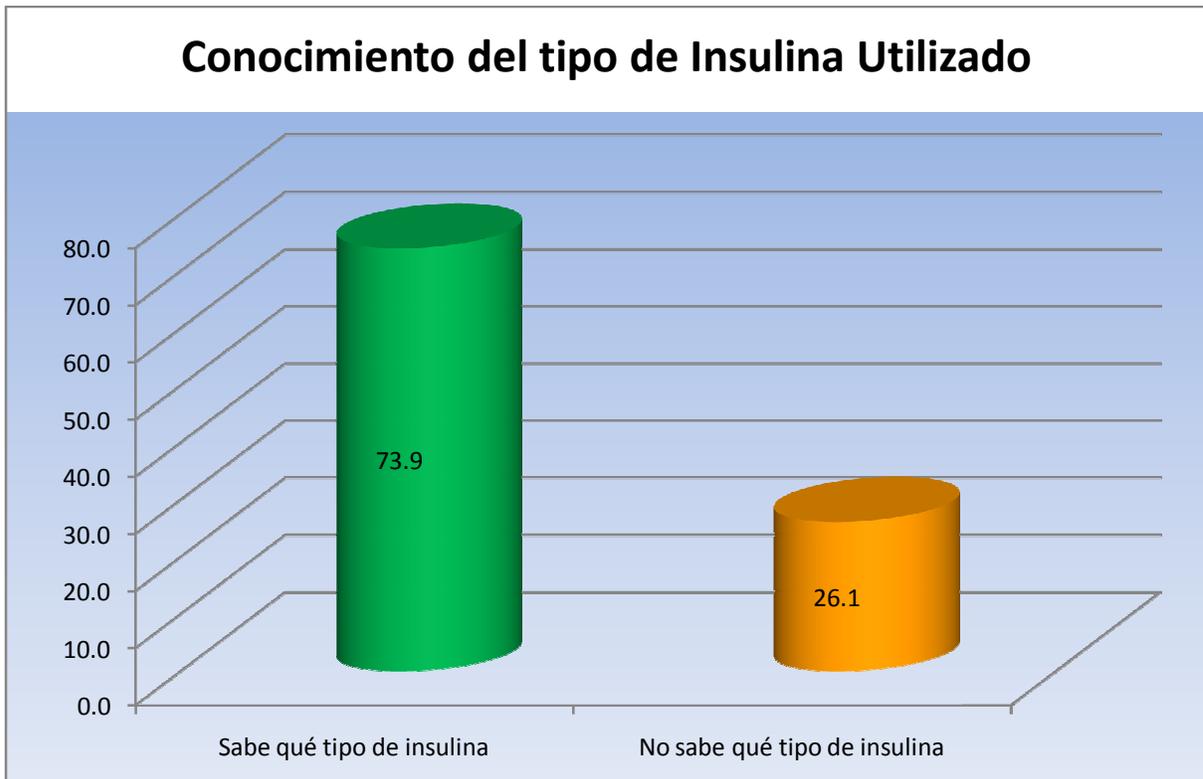
Distribución por pacientes por el conocimiento sobre el tipo de insulina que utiliza, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Sabe qué tipo de insulina	17	73.9
No sabe qué tipo de insulina	6	26.1

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 13

Distribución por pacientes con uso de insulina y conocimiento sobre el tipo de insulina que utiliza, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 14

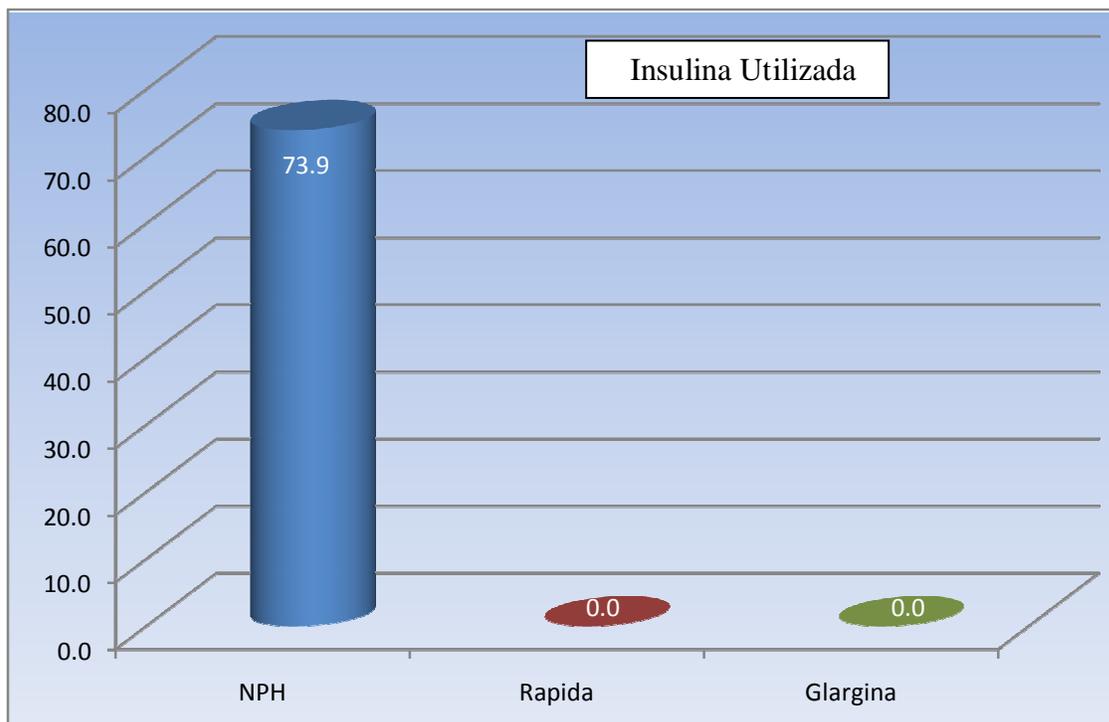
Distribución por tipo de insulina utilizada, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Insulina Utilizada	Numero de Pacientes	Porcentaje (%)
NPH	17	73.9
Rapida	0	0.0
Glargina	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 14

Distribución por tipo de insulina utilizada, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 15

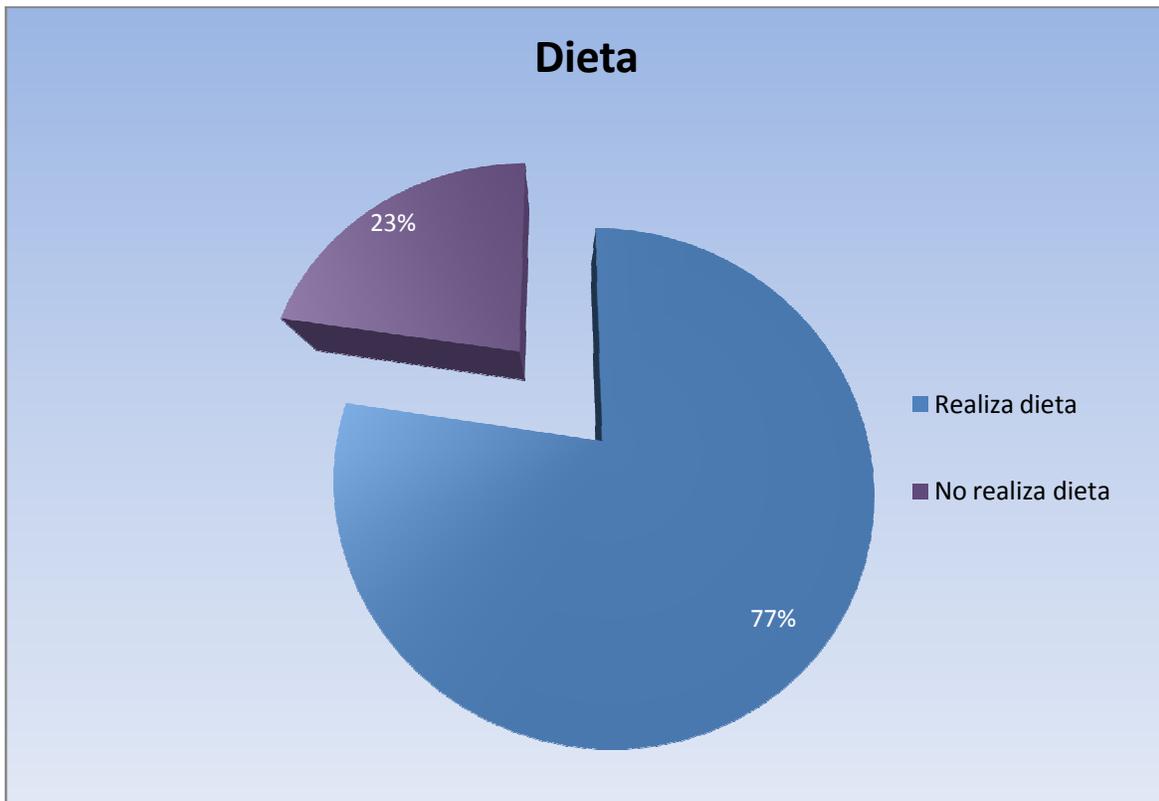
Distribución por dieta, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Dieta	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Realiza dieta	117	23
No realiza dieta	34	77

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 15

Distribución por dieta, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 16

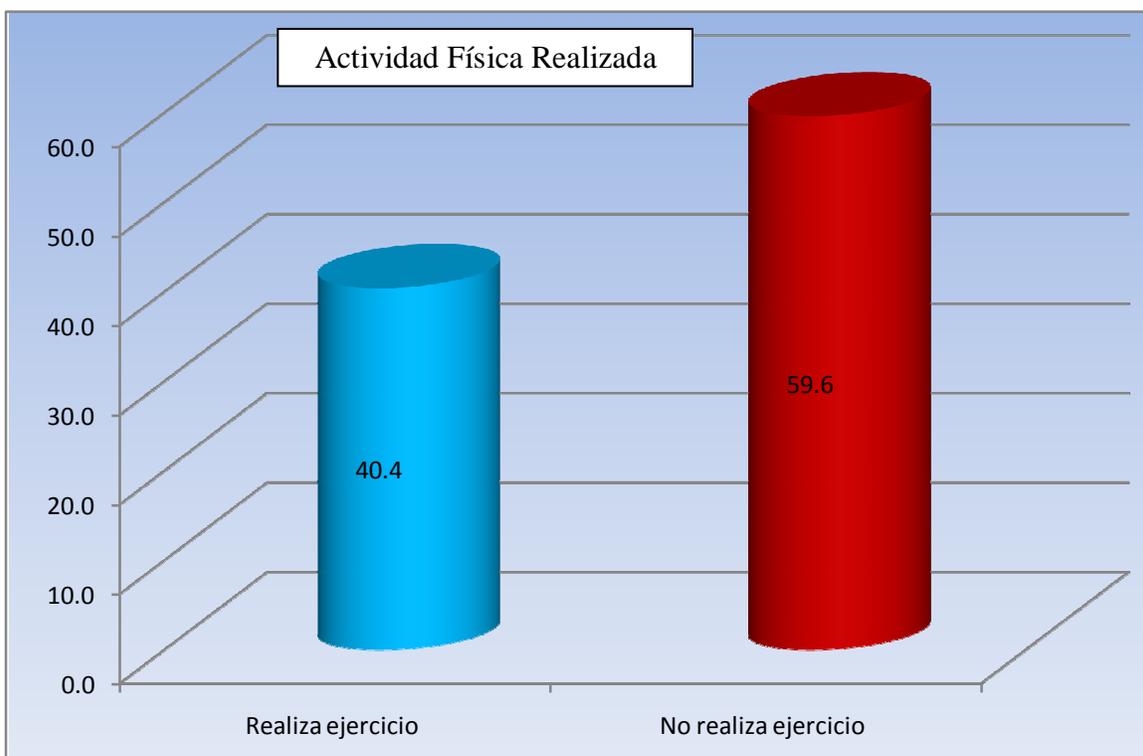
Distribución por actividad física que realiza, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Ejercicio	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Realiza ejercicio	61	40.4
No realiza ejercicio	90	59.6

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 16

Distribución por actividad física que realiza, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 17

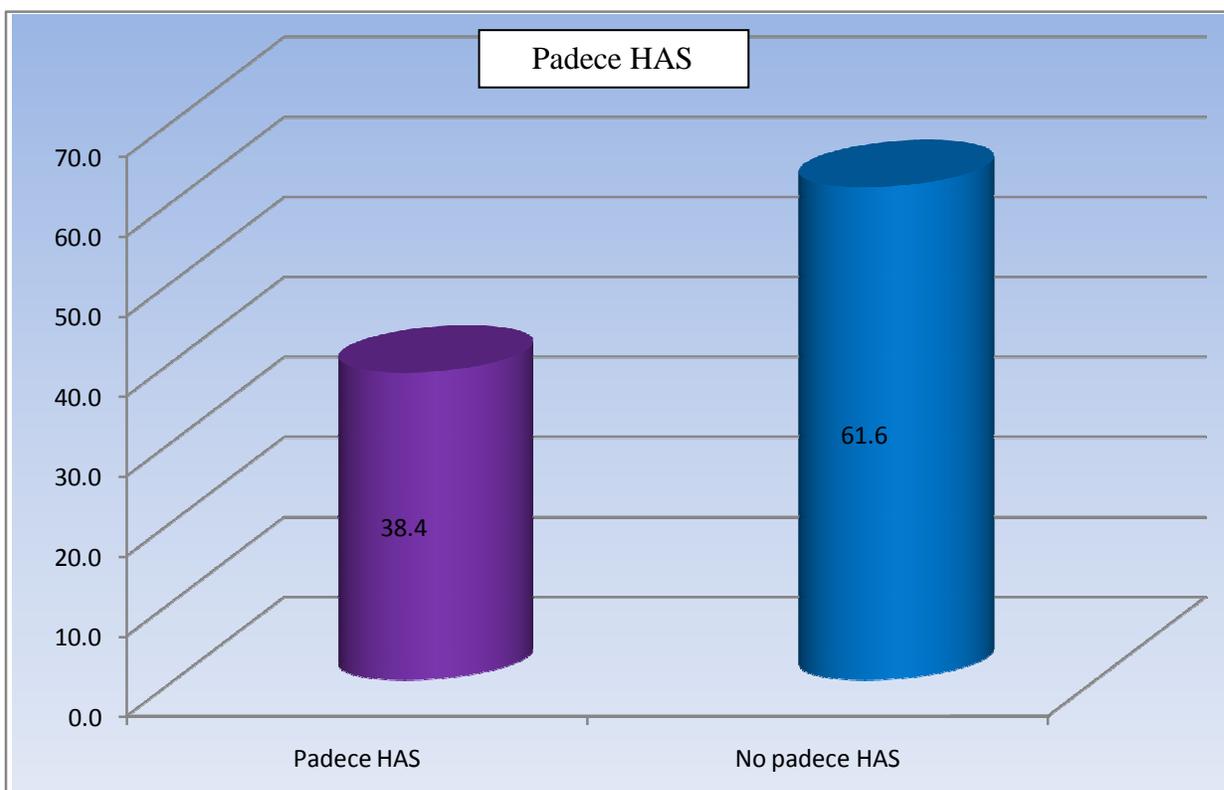
Distribución por padecimiento agregado, en específico Hipertensión Arterial, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Hipertensión Arterial	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece HAS	58	38.4
No padece HAS	93	61.6

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 17

Distribución por padecimiento agregado, en específico Hipertensión Arterial, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 18

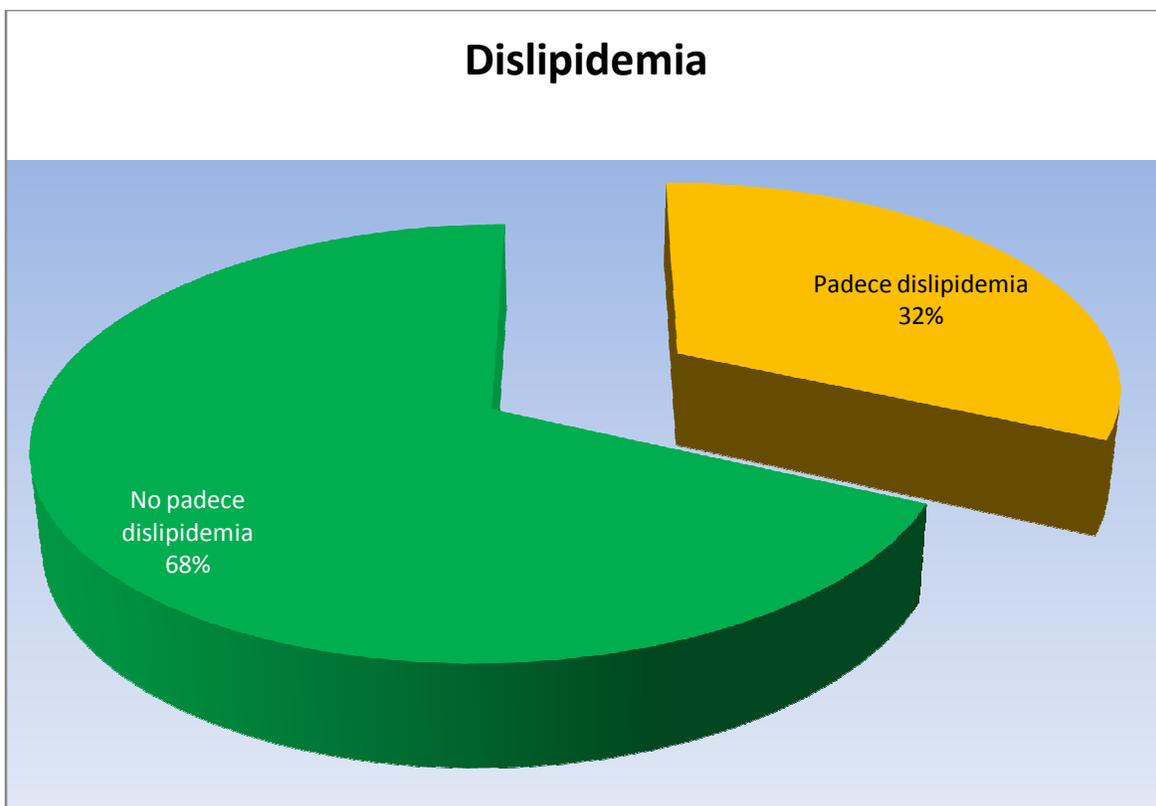
Distribución por padecimiento agregado, en específico Dislipidemia, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Dislipidemia	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece dislipidemia	48	32
No padece dislipidemia	103	68

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 18

Distribución por padecimiento agregado, en específico Dislipidemia, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 19

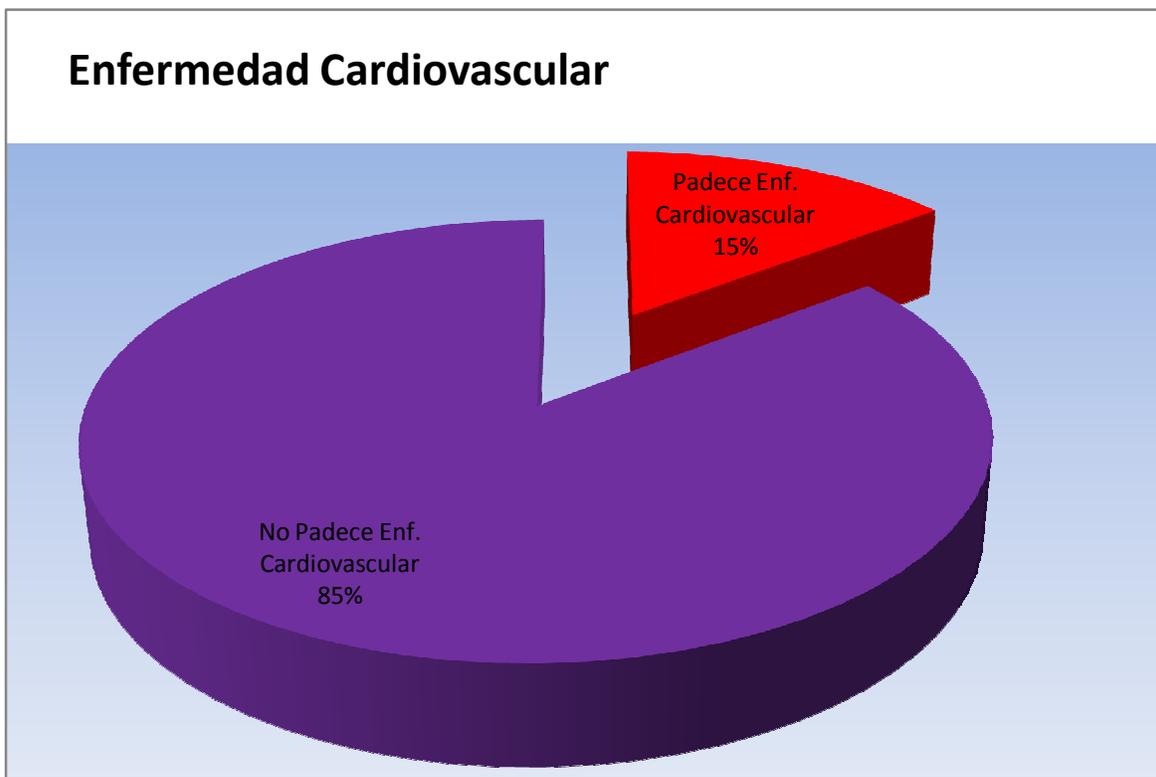
Distribución por padecimiento agregado, en específico Enfermedad Cardiovascular, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Enfermedad Cardiovascular	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Enf. Cardiovascular	22	15
No Padece Enf. Cardiovascular	129	85

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 19

Distribución por padecimiento agregado, en específico Enfermedad Cardiovascular, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 20

Distribución por padecimiento agregado, en específico Sobrepeso u Obesidad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Sobrepeso y Obesidad	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece sobrepeso y obesidad	90	60
No padece sobrepeso y obesidad	61	40

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 20

Distribución por padecimiento agregado, en específico Sobrepeso u Obesidad, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 21

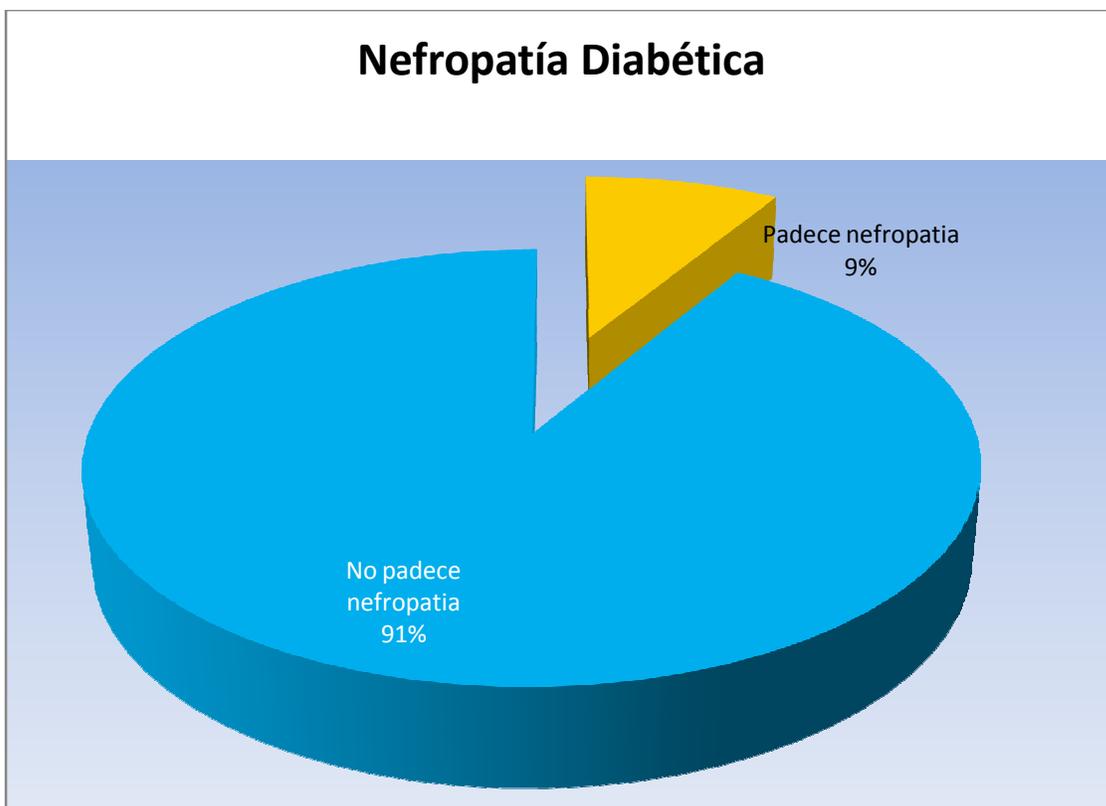
Distribución por padecimiento en donde la Nefropatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Nefropatía Diabética	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece nefropatía	13	9
No padece nefropatía	138	91

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 21

Distribución por padecimiento en donde la Nefropatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 22

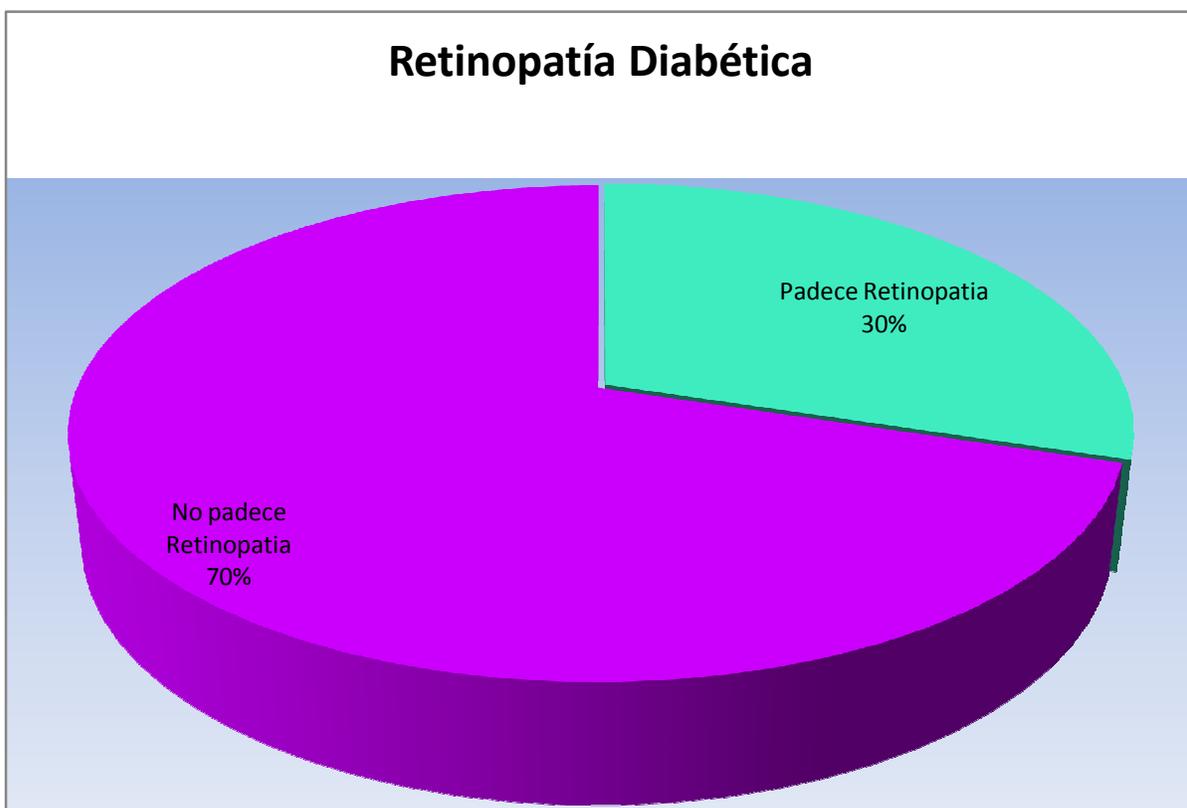
Distribución por padecimiento en donde la Retinopatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Retinopatía Diabética	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Retinopatía	45	30
No padece Retinopatía	106	70

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 22

Distribución por padecimiento en donde la Retinopatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

Tabla 23

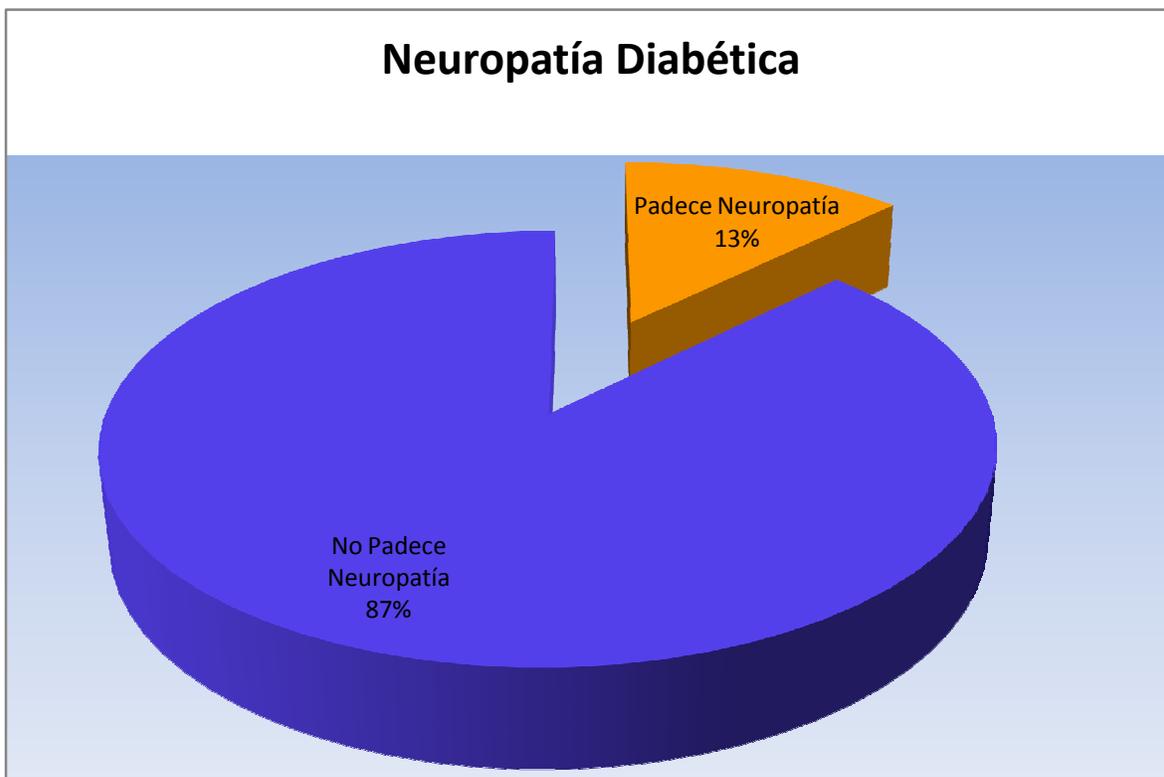
Distribución por padecimiento en donde la Neuropatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Neuropatía Diabética	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Neuropatía	19	13
No Padece Neuropatía	132	87

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

Gráfica 23

Distribución por padecimiento en donde la Neuropatía diabética se presenta como agravante, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas y epidemiológicas a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 24

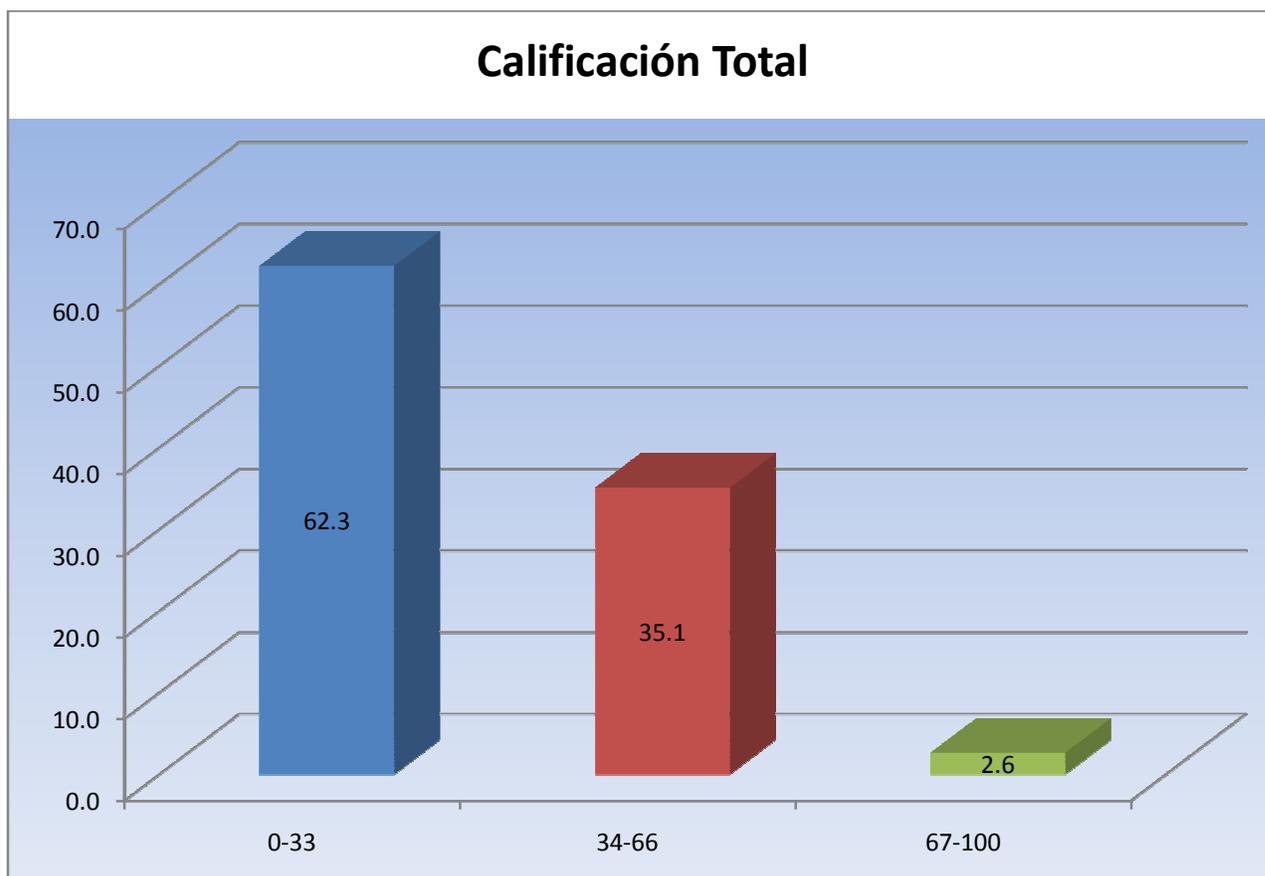
Distribución por calificación total, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Calificación Total	Total de Pacientes	Porcentaje (%)
0-33	94.0	62.3
34-66	53.0	35.1
67-100	4.0	2.6

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 24

Distribución por calificación total, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 25

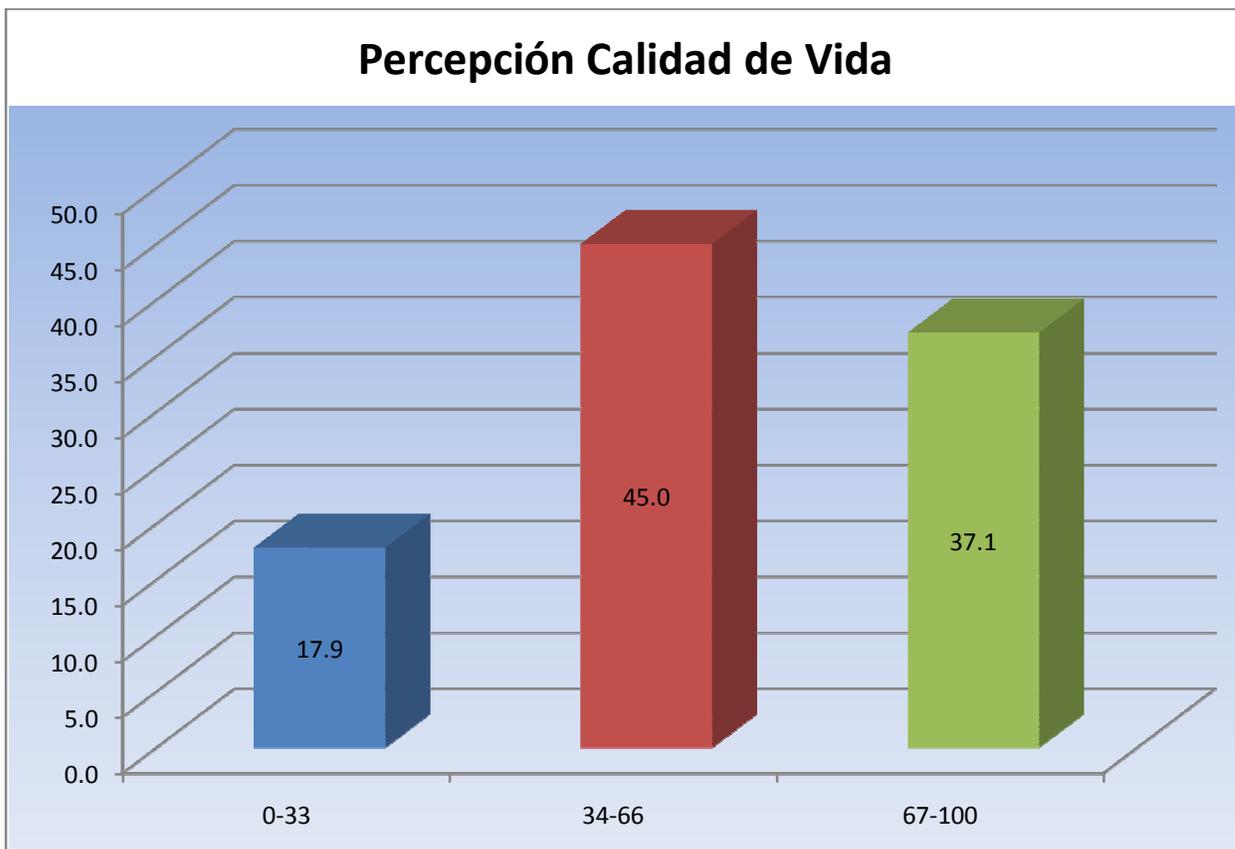
Distribución por percepción de calidad de vida, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Percepción calidad vida	Total de Pacientes	Porcentaje (%)
0-33	27	17.9
34-66	68.0	45.0
67-100	56.0	37.1

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 25

Distribución por percepción de calidad de vida, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 26

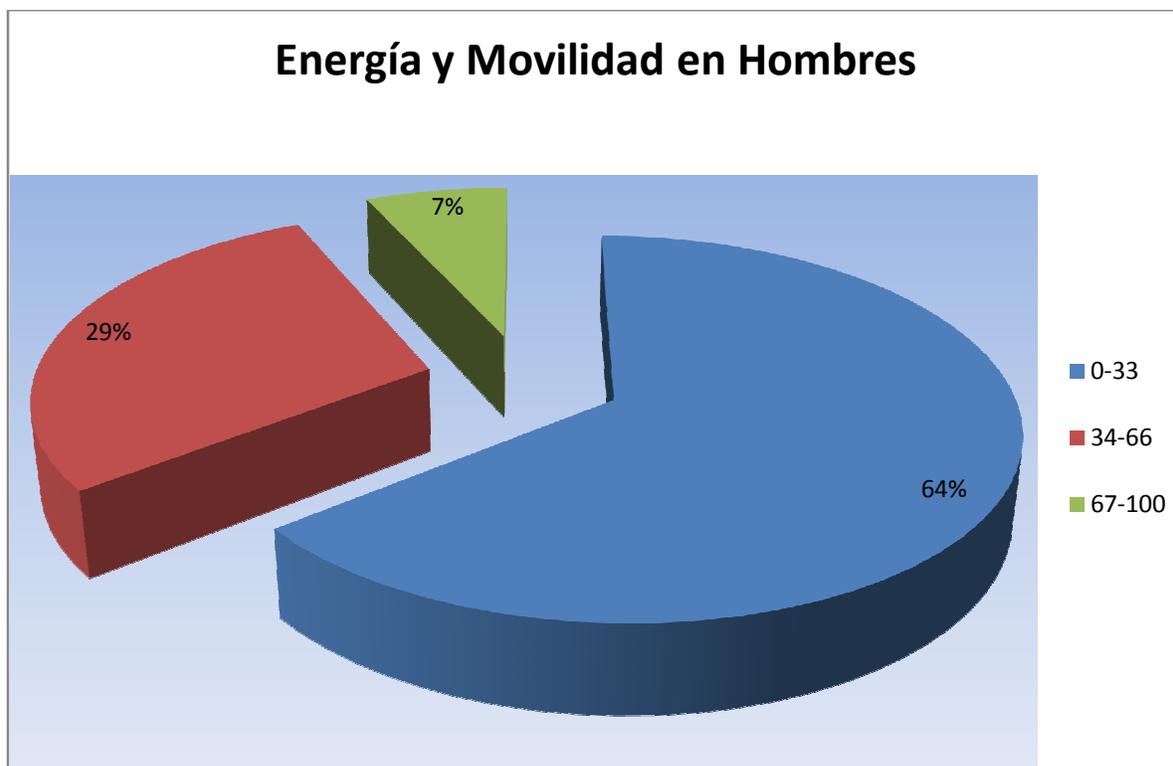
Distribución por Energía y Movilidad, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Energía y Movilidad	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	38	64
34-66	17	29
67-100	4	7

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 26

Distribución por Energía y Movilidad, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 27

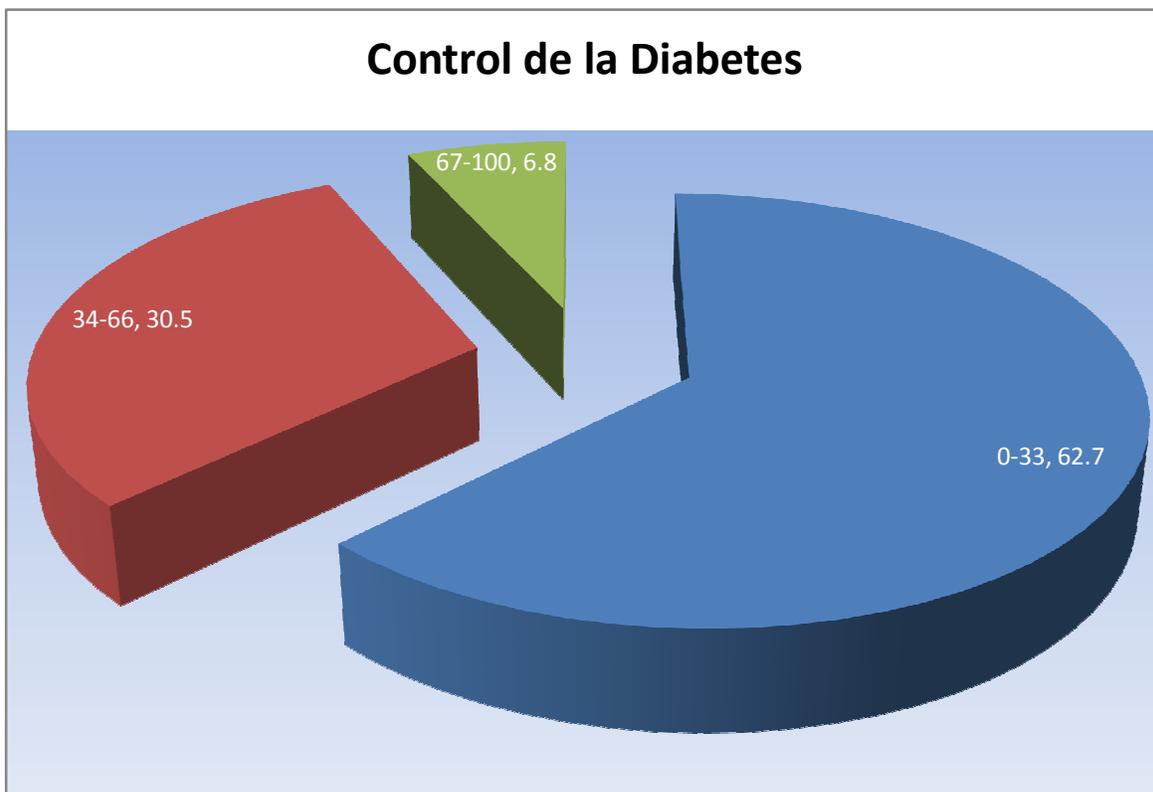
Distribución por Control de la Diabetes, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Control de la Diabetes	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	37	62.7
34-66	18	30.5
67-100	4	6.8

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 27

Distribución por Control de la Diabetes, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 28

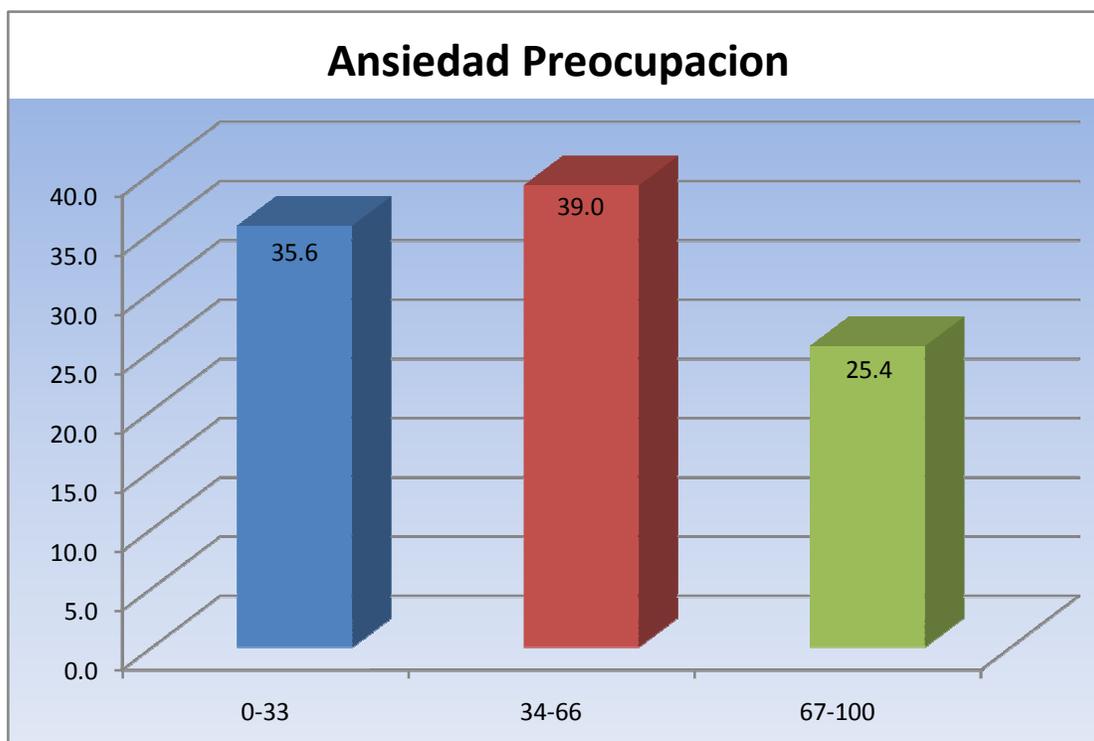
Distribución por Ansiedad-preocupación de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Ansiedad - Preocupación	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	21	35.6
34-66	23	39.0
67-100	15	25.4

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 28

Distribución por Ansiedad-preocupación de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 29

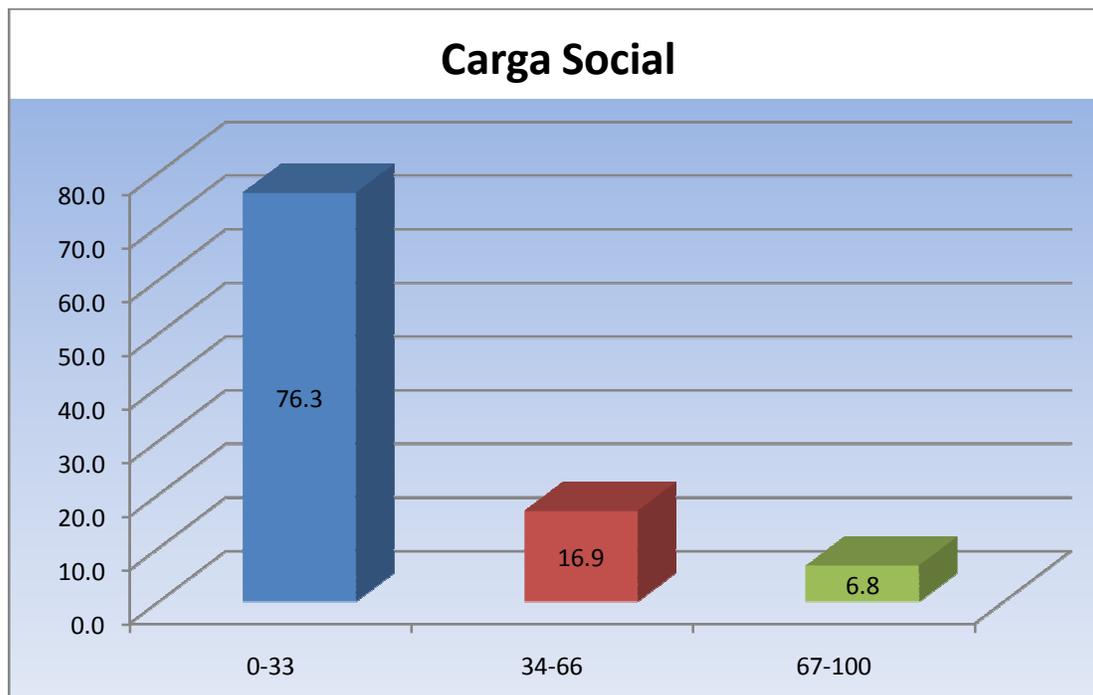
Distribución por Carga social de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Carga Social	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	45	76.3
34-66	10	16.9
67-100	4	6.8

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 29

Distribución por Carga social de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 30

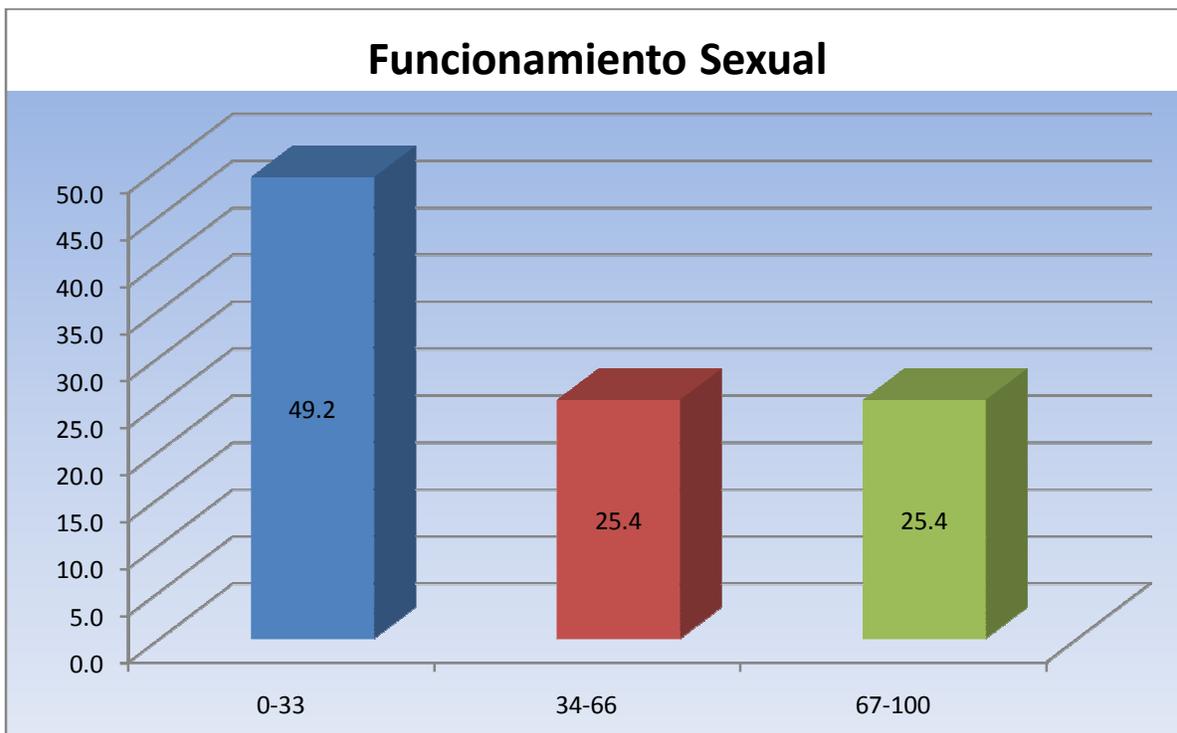
Distribución por Funcionamiento sexual de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Funcionamiento Sexual	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	29	49.2
34-66	15	25.4
67-100	15	25.4

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 30

Distribución por Funcionamiento sexual, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 31

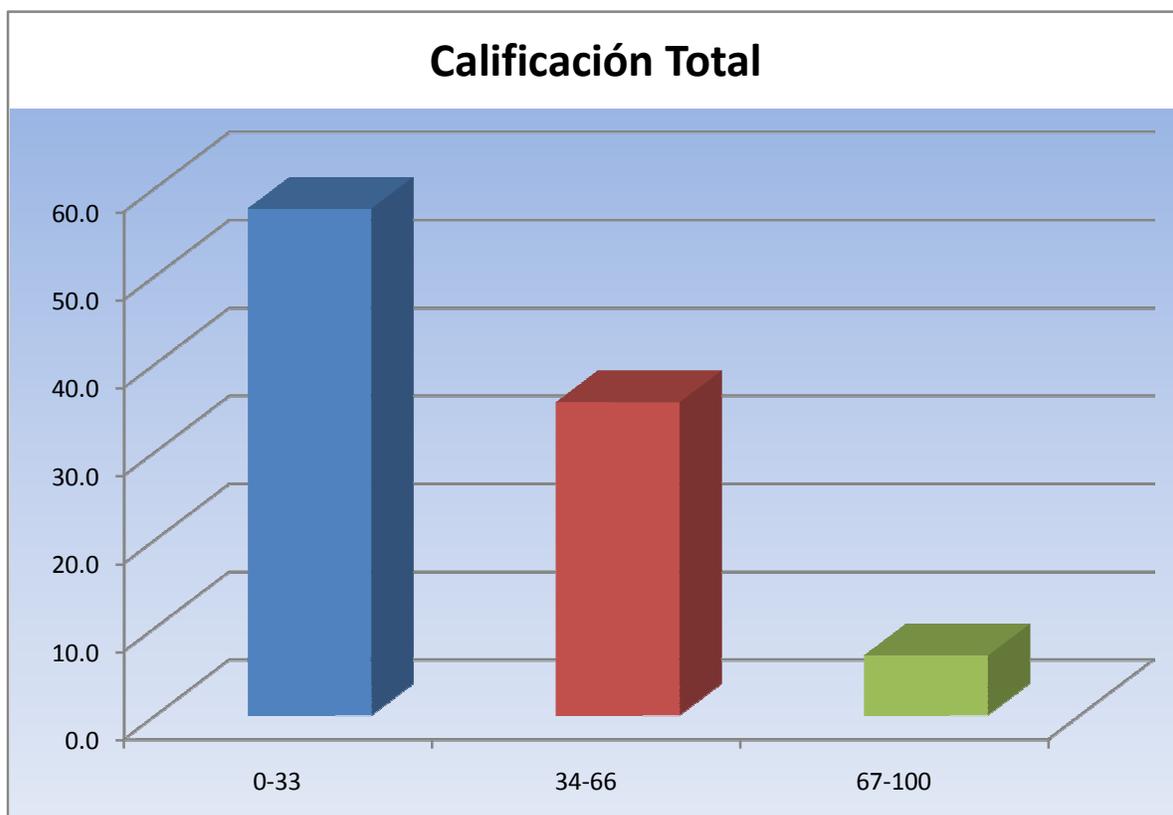
Distribución por Calificación Total de la Calidad de Vida, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Calificación Total	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	34	57.6
34-66	21	35.6
67-100	4	6.8

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 31

Distribución por Calificación Total de la Calidad de Vida, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 32

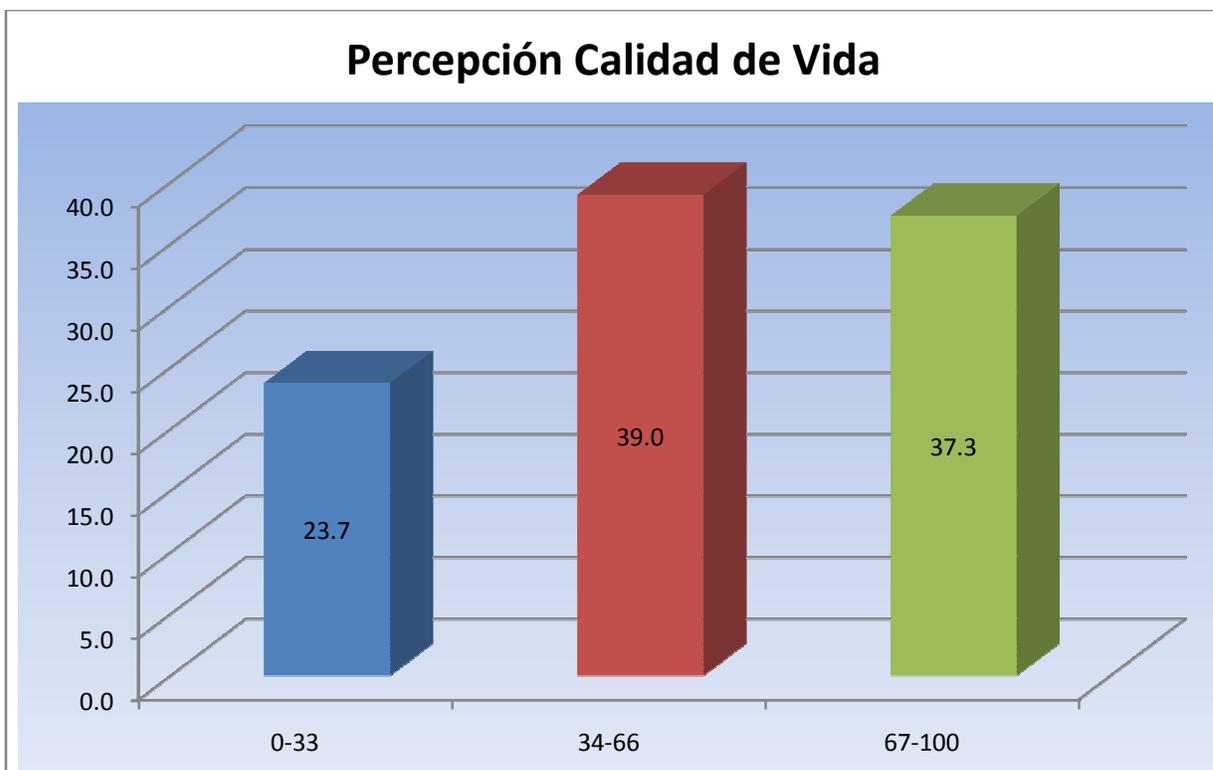
Distribución por Percepción de la calidad de vida, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Percepción calidad vida	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	14	23.7
34-66	23	39.0
67-100	22	37.3

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 32

Distribución por Percepción de la calidad de vida, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 33

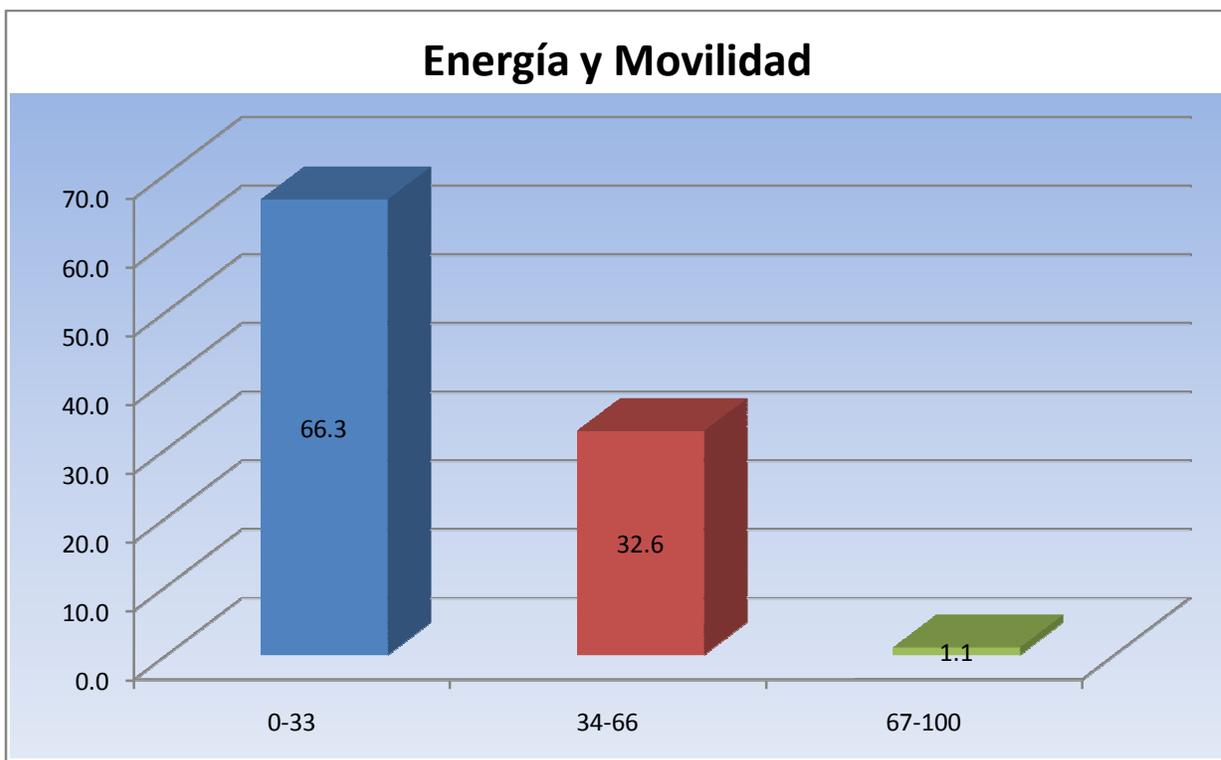
Distribución por Energía y Movilidad, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Energía - Movilidad	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	61	66.3
34-66	30	32.6
67-100	1	1.1

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 33

Distribución por Energía y Movilidad, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 34

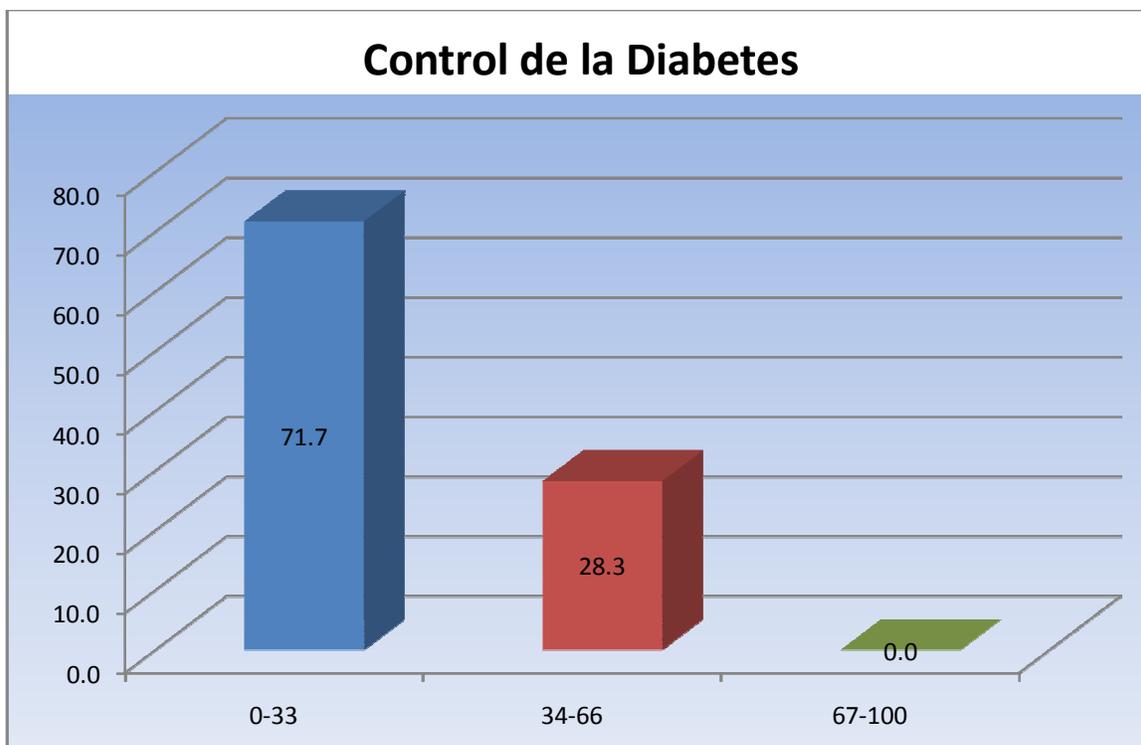
Distribución por Control de la Diabetes, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Control de la Diabetes	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	66	71.7
34-66	26	28.3
67-100	0	0.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 34

Distribución por Control de la Diabetes, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 35

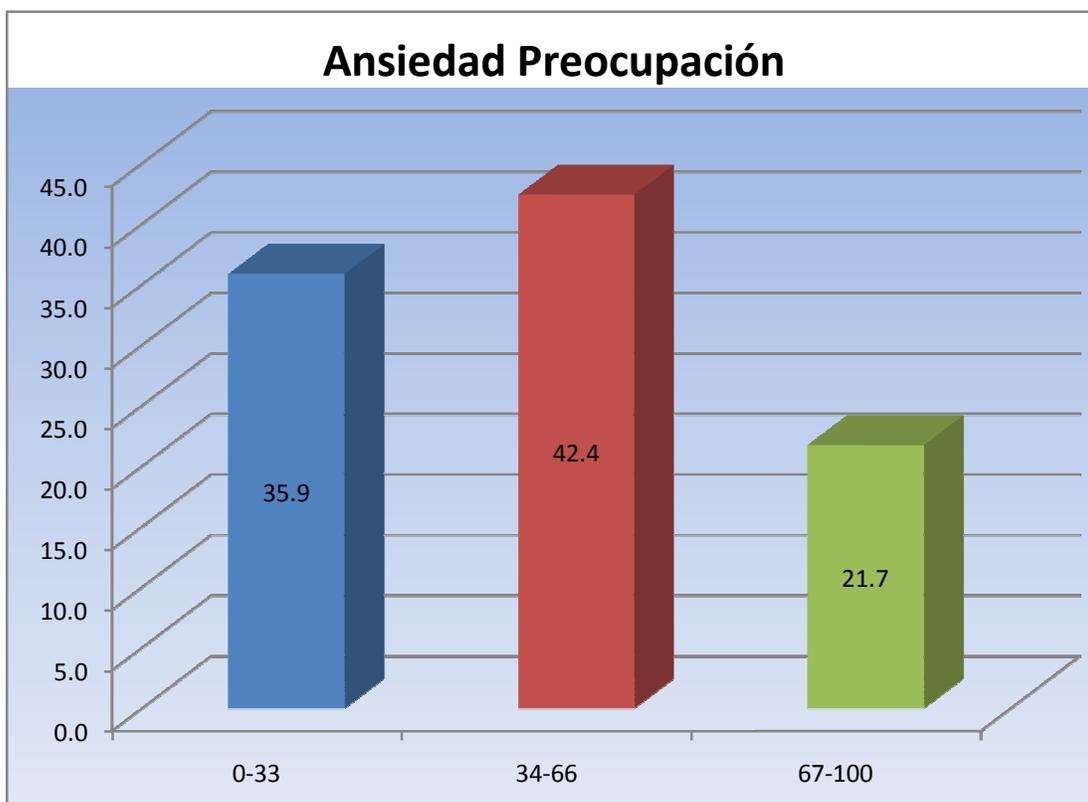
Distribución por Ansiedad Preocupación de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Ansiedad - Preocupación	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	33	35.9
34-66	39	42.4
67-100	20	21.7

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 35

Distribución por Ansiedad Preocupación de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 36

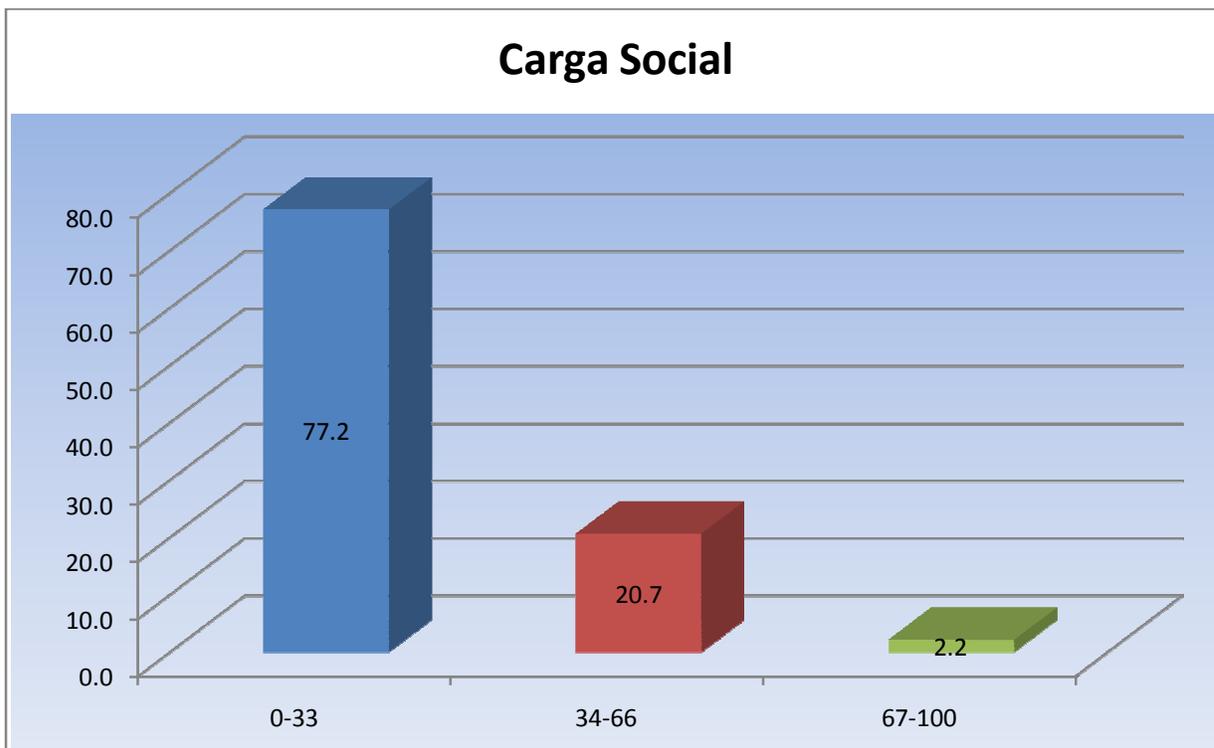
Distribución por Carga Social de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Carga Social	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	71	77.2
34-66	19	20.7
67-100	2	2.2

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 36

Distribución por Carga Social de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 37

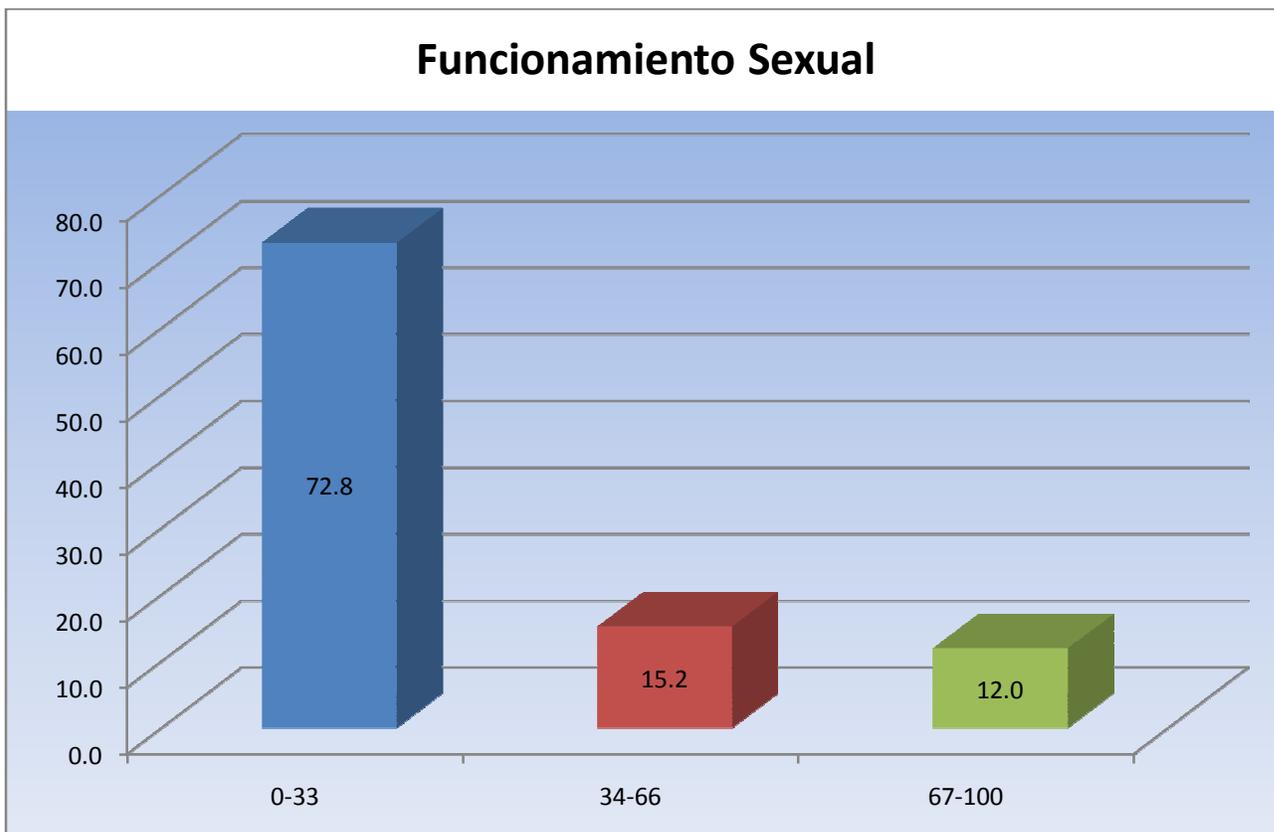
Distribución por Funcionamiento Sexual de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Funcionamiento Sexual	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	67	72.8
34-66	14	15.2
67-100	11	12.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 37

Distribución por Funcionamiento Sexual, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 38

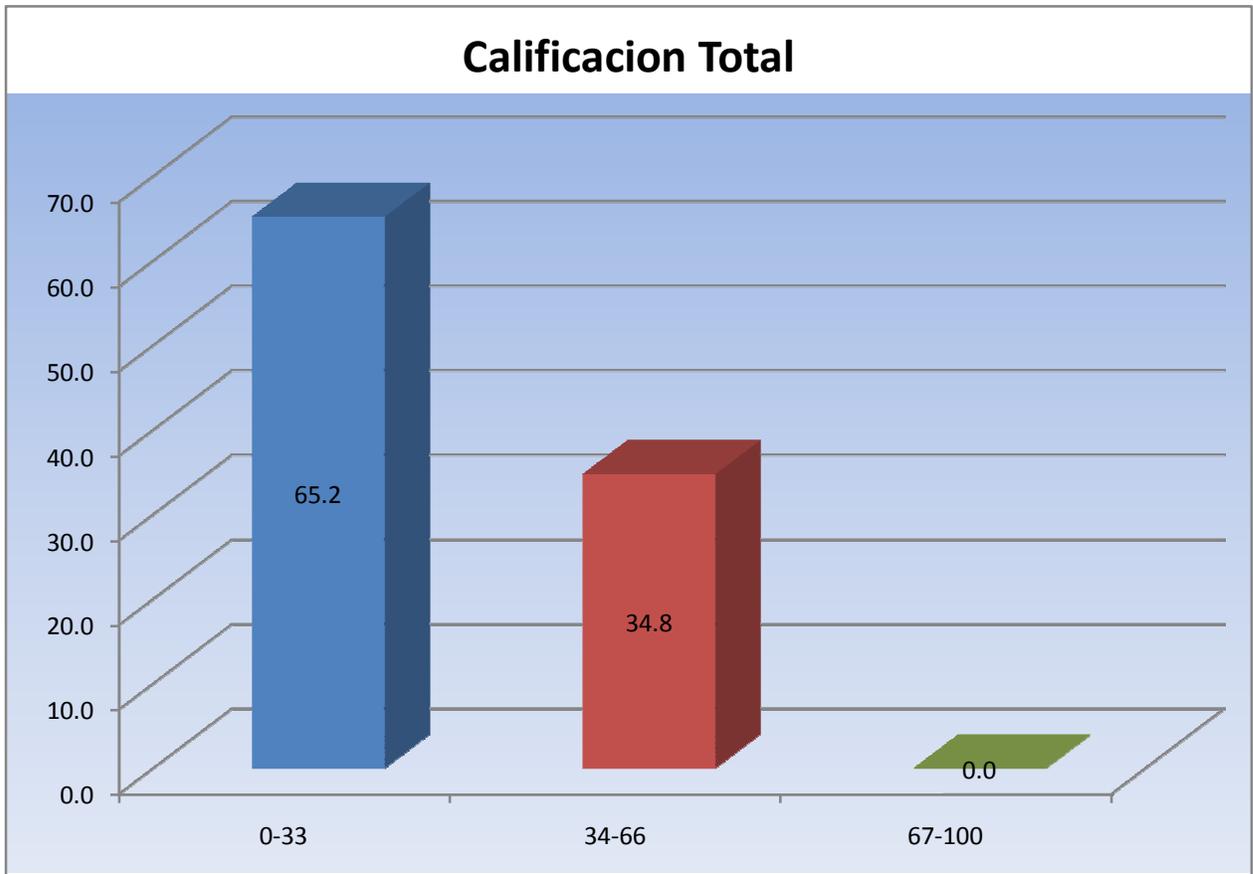
Distribución por calificación total, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Calificación Total	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	60	65.2
34-66	32	34.8
67-100	0	0.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 38

Distribución por calificación total, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 39

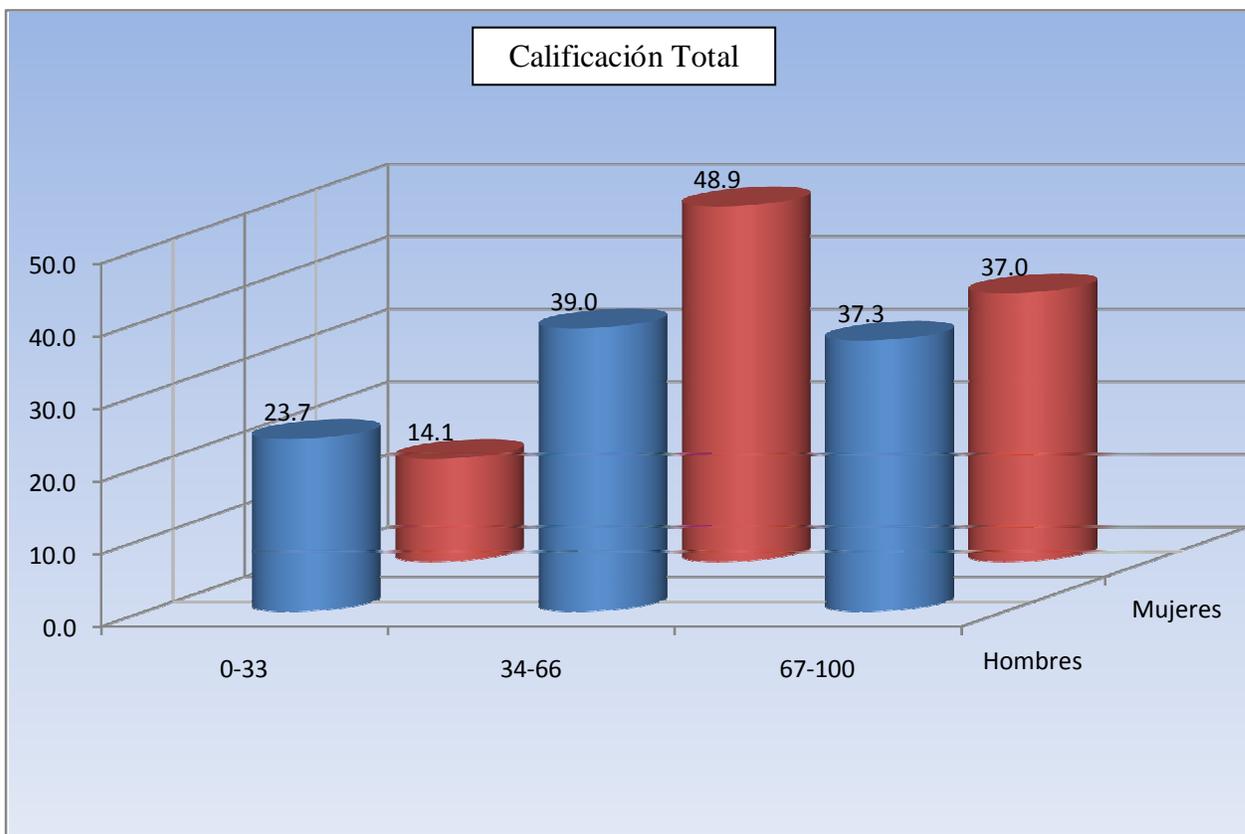
Tabla comparativa de la distribución por calificación total, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

Calificación Total	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	34	57.6	60	65.2
34-66	21	35.6	32	34.8
67-100	4	6.8	0	0.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 39

Grafica comparativa de la distribución por calificación total, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 40

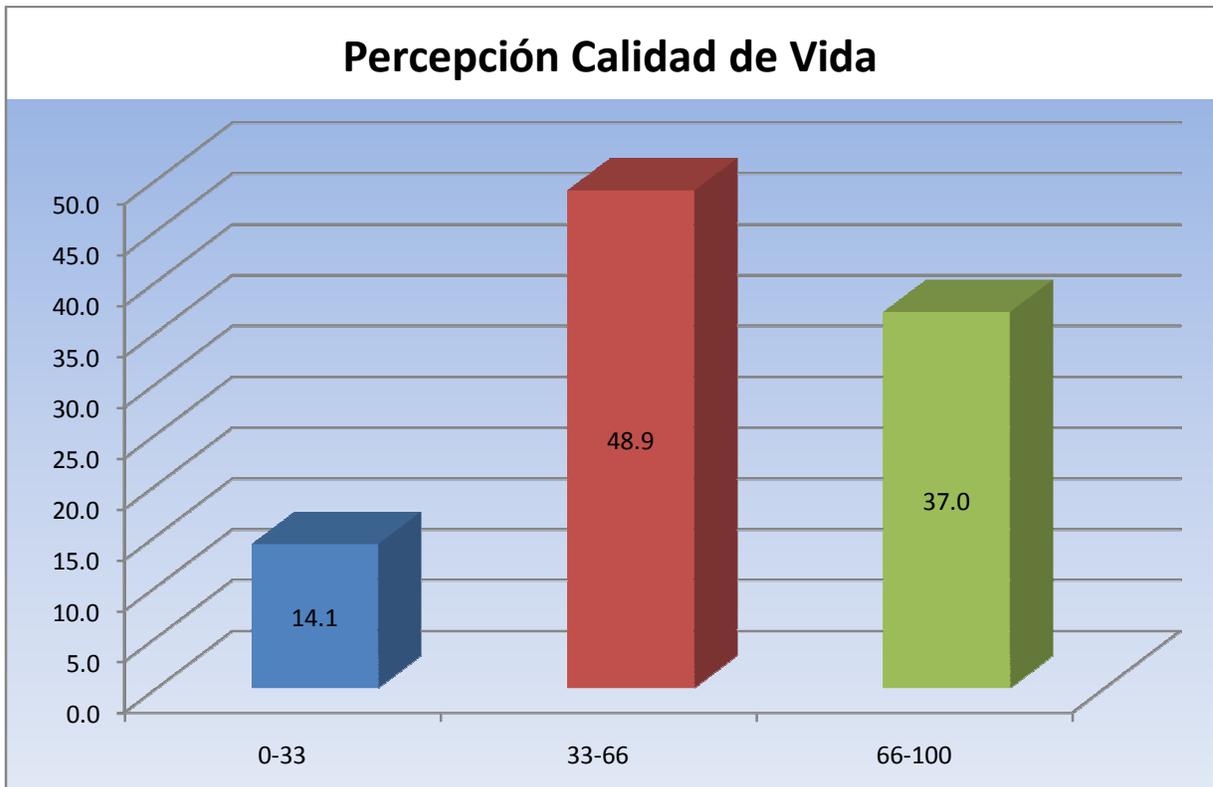
Distribución por Percepción de la Calidad de Vida, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Percepción Calidad de Vida	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	13	14.1
34-66	45	48.9
67-100	34	37.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 40

Distribución por Percepción de la Calidad de Vida, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 41

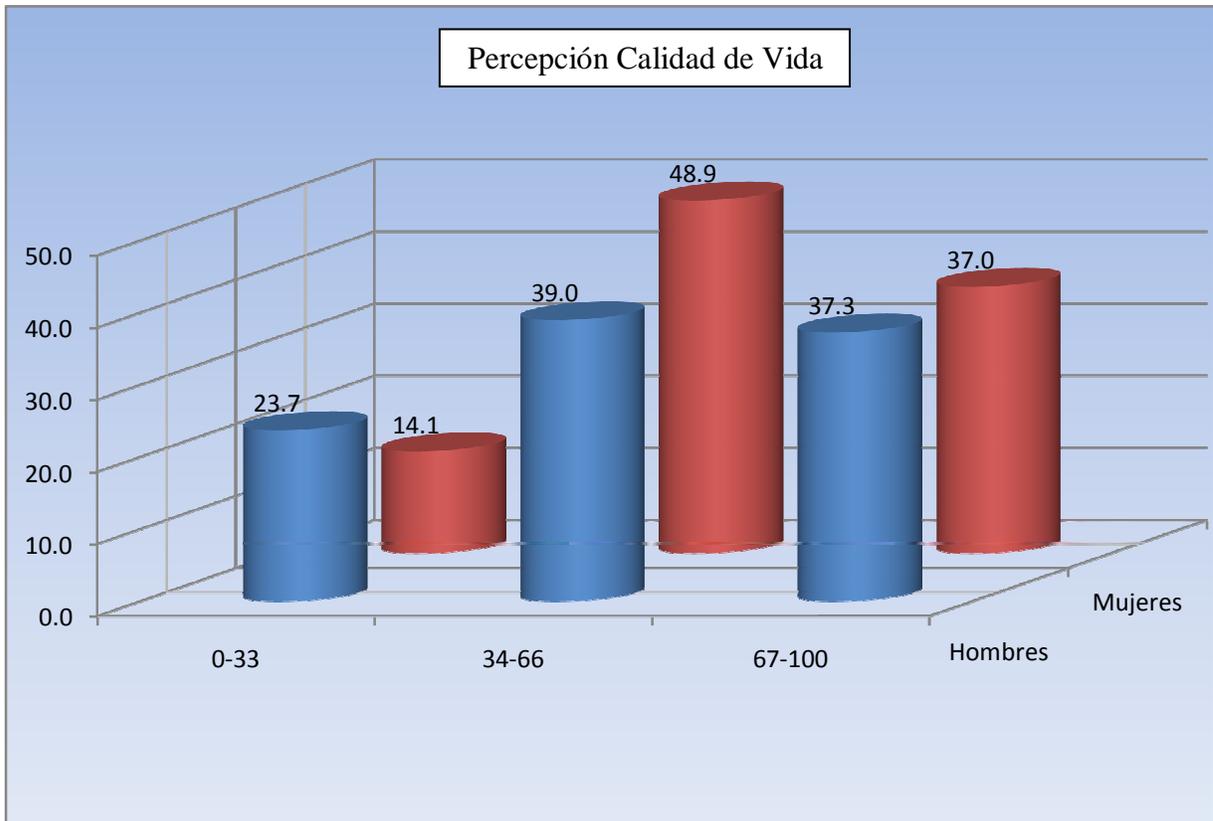
Tabla comparativa entre la percepción de calidad de vida de hombres y mujeres de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

Percepción calidad vida	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	14	23.7	13	14.1
34-66	23	39.0	45	48.9
67-100	22	37.3	34	37.0

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 41

Grafica comparativa del porcentaje entre la percepción de calidad de vida de hombres y mujeres de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 42

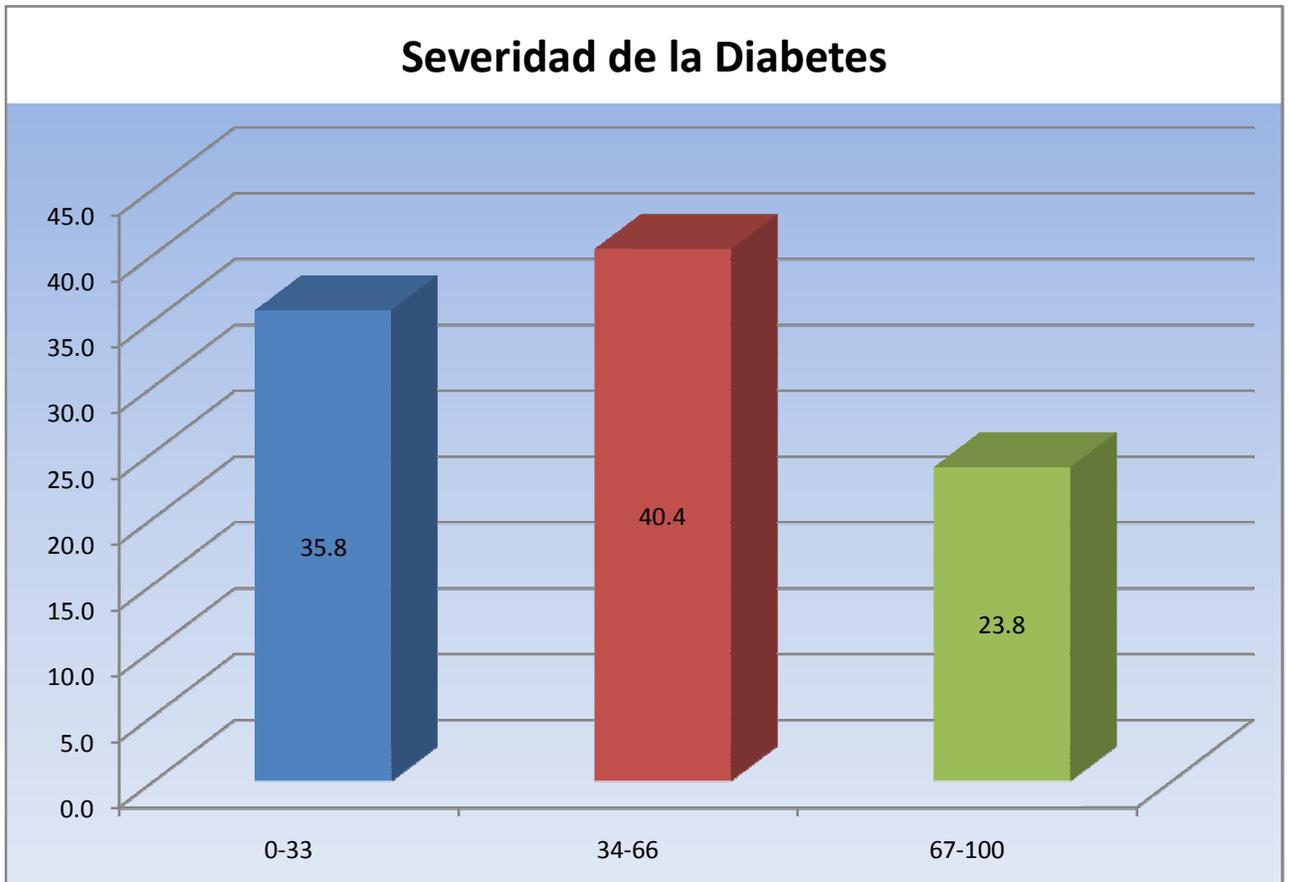
Distribución por severidad de la diabetes, de todos los pacientes que participaron en el estudio.

Severidad de la Diabetes	Total de Pacientes	Porcentaje (%)
0-33	54.0	35.8
34-66	61.0	40.4
67-100	36.0	23.8

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 42

Distribución por severidad de la diabetes, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 43

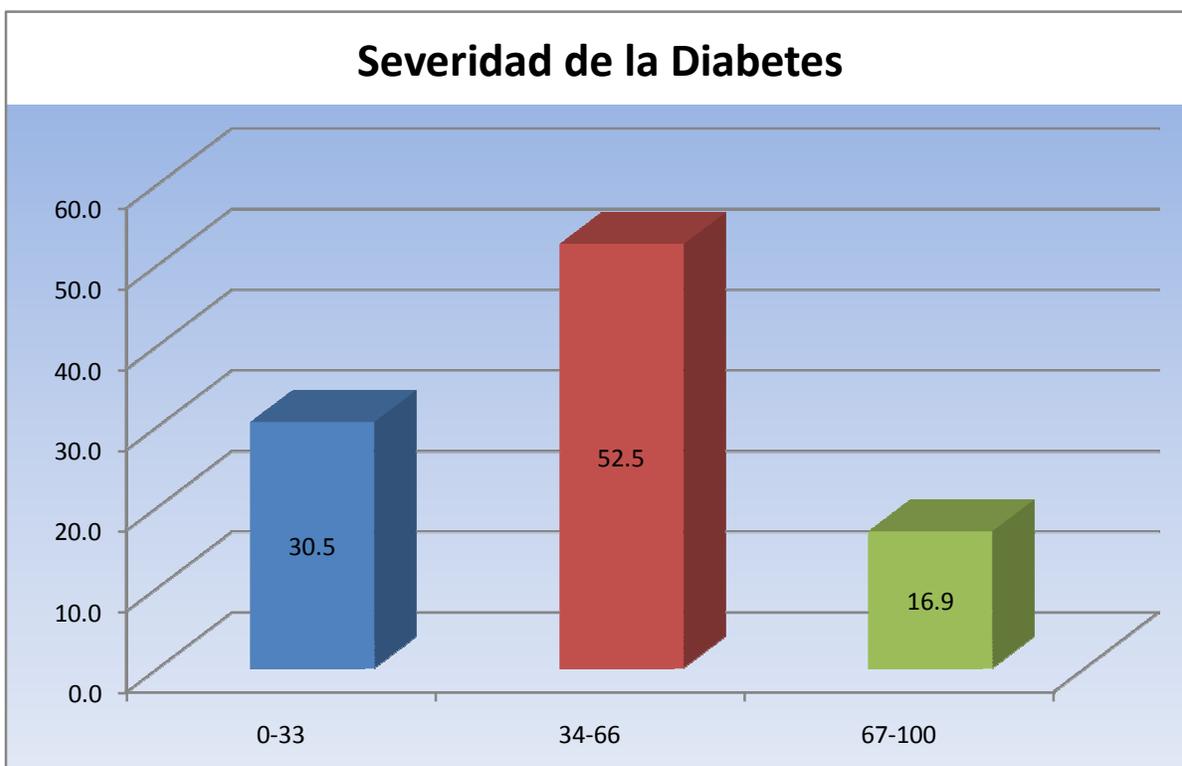
Distribución por Severidad de la Diabetes, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.

Severidad de la Diabetes	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)
0-33	18	30.5
34-66	31	52.5
67-100	10	16.9

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 43

Distribución por Severidad de la Diabetes, de los pacientes masculinos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 44

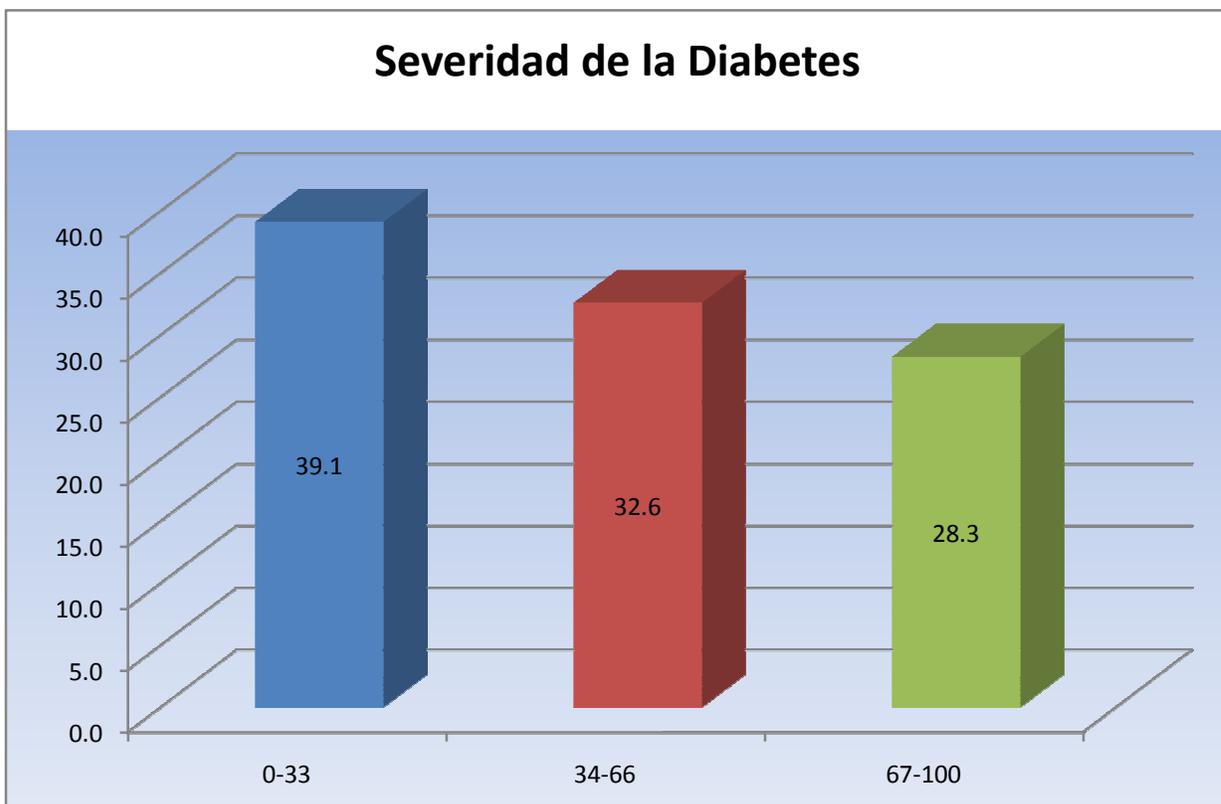
Distribución por severidad de la diabetes, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.

Severidad de la Diabetes	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	36	39.1
34-66	30	32.6
67-100	26	28.3

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 44

Distribución por severidad de la diabetes, de los pacientes femeninos que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 45

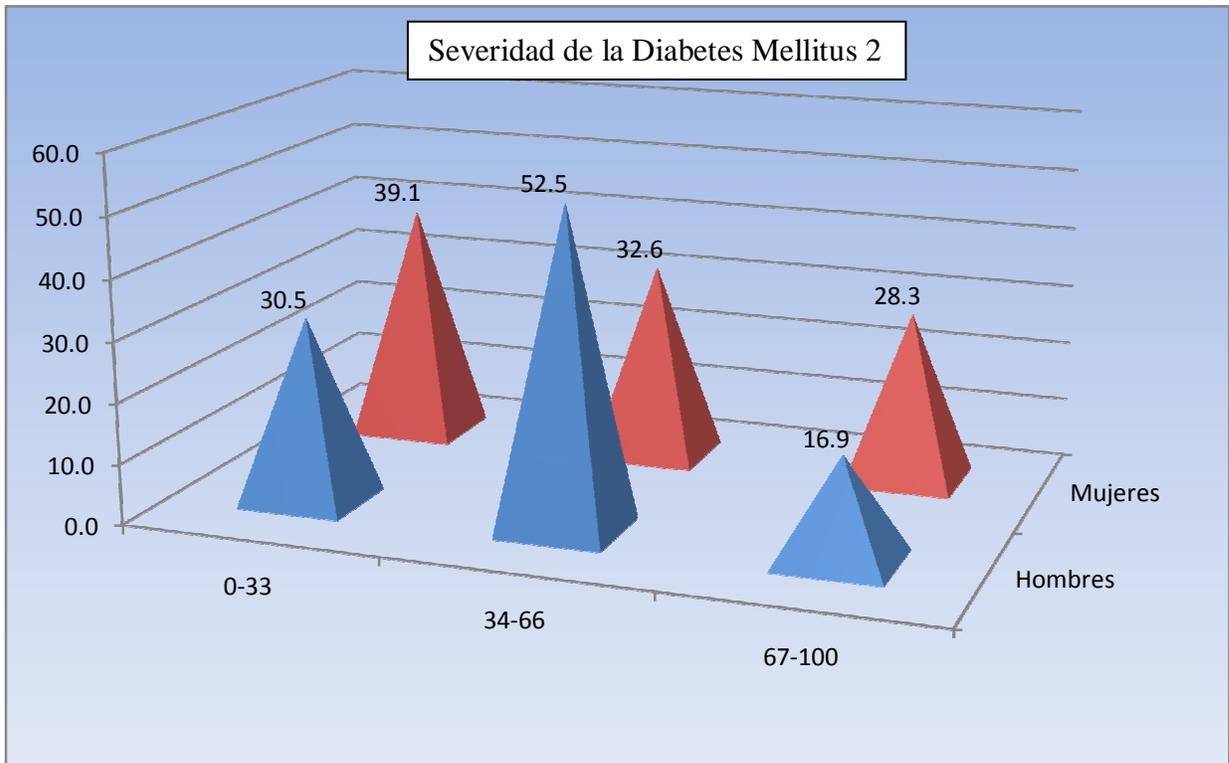
Tabla comparativa de distribución por severidad de la diabetes mellitus tipo 2, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

Severidad de la Diabetes	Pacientes Hombres	Porcentaje (%)	Pacientes Mujeres	Porcentaje (%)
0-33	18	30.5	36	39.1
34-66	31	52.5	30	32.6
67-100	10	16.9	26	28.3

FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 45

Grafica comparativa de distribución por severidad de la diabetes mellitus tipo 2, de todos los pacientes que participaron en el estudio.



FUENTE: Cuestionario Diabetes 39, aplicado a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 46

Tabla comparativa entre grupos de edad y calidad de vida de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

Edad	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
45-50	0-33	18	11.9
	34-66	12	7.9
	67-100	2	1.3
51-60	0-33	26	17.2
	34-66	13	8.6
	67-100	0	0.0
61-70	0-33	24	15.9
	34-66	9	6.0
	67-100	0	0.0

71-80	0-33	23	15.2
	34-66	19	12.6
	67-100	2	1.3
81-90	0-33	3	2.0
	34-66	0	0.0
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 47

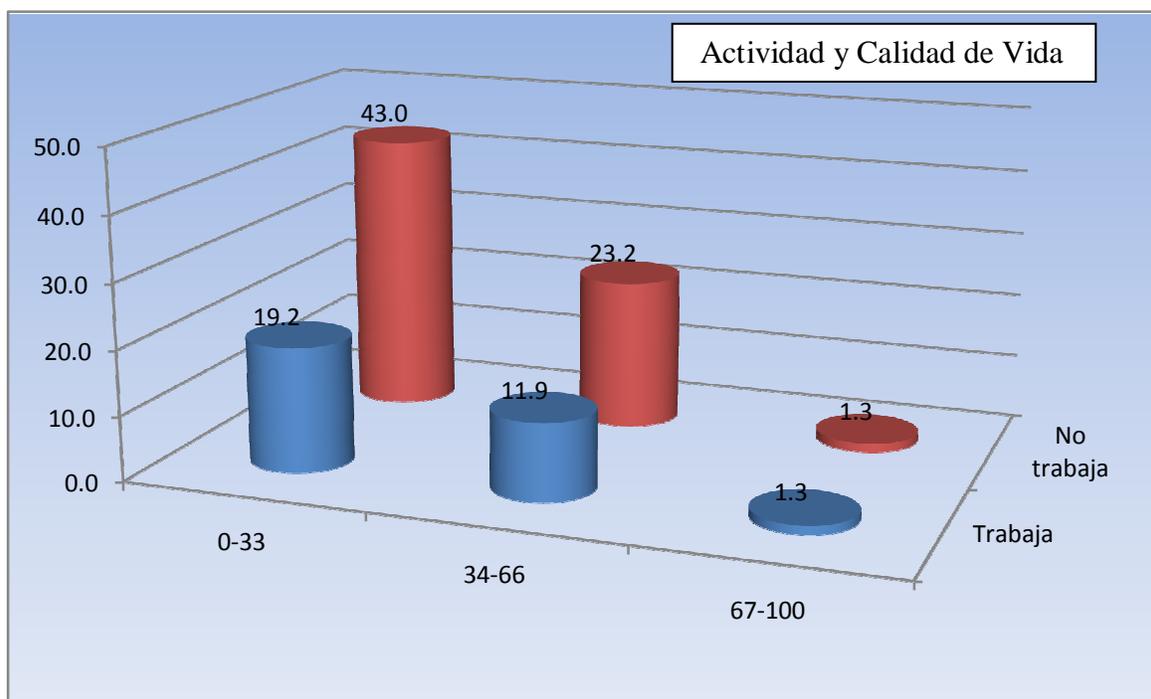
Tabla comparativa de distribución por actividad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Trabaja	0-33	29	19.2
	34-66	18	11.9
	67-100	2	1.3
No trabaja	0-33	65	43.0
	34-66	35	23.2
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 47

Grafica comparativa de distribución por actividad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 48

Tabla comparativa de distribución por actividad que desempeña y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Obrero	0-33	3	2.0
	34-66	2	1.3
	67-100	0	0.0
Empleado	0-33	23	15.2
	34-66	10	6.6
	67-100	2	1.3
Propietario, empresario	0-33	2	1.3
	34-66	4	2.6
	67-100	0	0.0

Desempleado	0-33	12	7.9
	34-66	1	0.7
	67-100	2	1.3
Jubilado, pensionado	0-33	23	15.2
	34-66	18	11.9
	67-100	0	0.0
Ama de casa	0-33	31	20.5
	34-66	18	11.9
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 49

Tabla comparativa de distribución por estado civil y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Soltero	0-33	5	3.3
	34-66	2	1.3
	67-100	2	1.3
Casado	0-33	62	41.1
	34-66	32	21.2
	67-100	2	1.3
Divorciado	0-33	4	2.6
	34-66	2	1.3
	67-100	0	0.0

Viudo	0-33	21	13.9
	34-66	14	9.3
	67-100	0	0.0
Union libre	0-33	2	1.3
	34-66	3	2.0
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 50

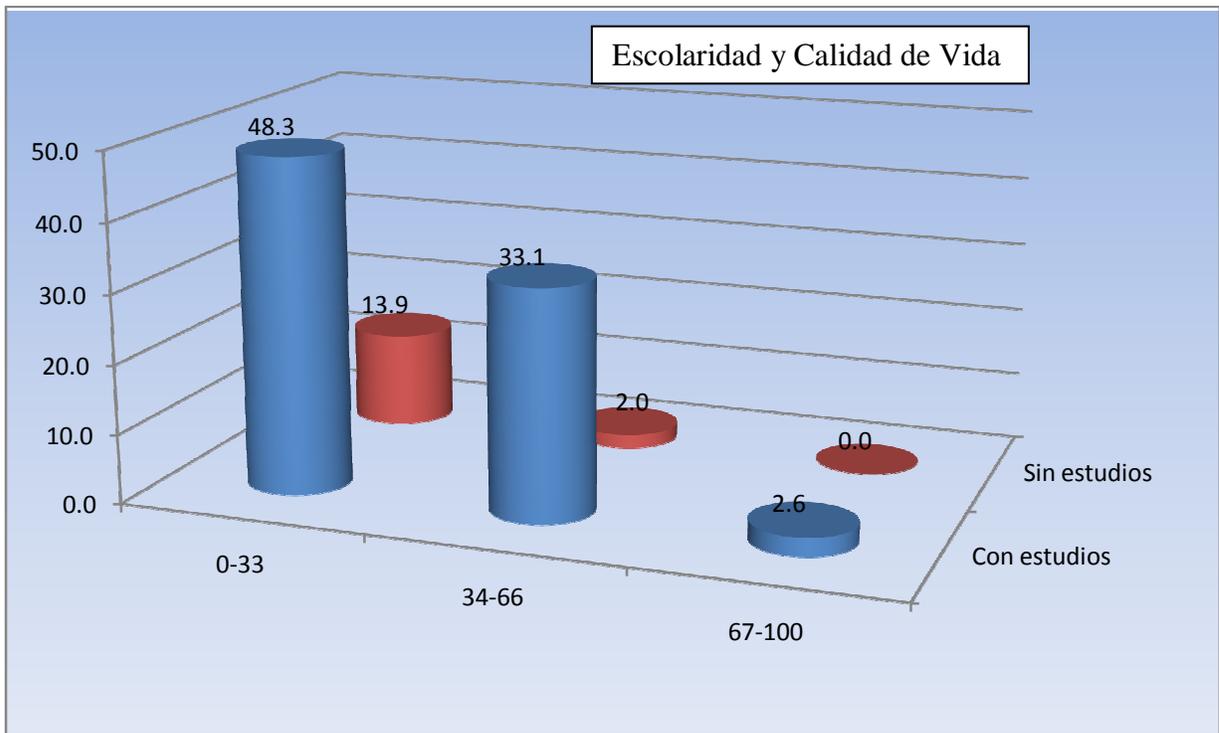
Tabla comparativa de distribución por escolaridad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Con estudios	0-33	73	48.3
	34-66	50	33.1
	67-100	4	2.6
Sin estudios	0-33	21	13.9
	34-66	3	2.0
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 50

Grafica comparativa de distribución por escolaridad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 51

Tabla comparativa entre la distribución por grado académico y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Sin escolaridad	0-33	21	13.9
	34-66	3	2.0
	67-100	0	0.0
Primaria	0-33	32	21.2
	34-66	24	15.9
	67-100	2	1.3
Secundaria	0-33	24	15.9
	34-66	14	9.3
	67-100	0	0.0
Preparatoria	0-33	11	7.3
	34-66	10	6.6

	67-100	2	1.3
Universidad	0-33	6	4.0
	34-66	0	0.0
	67-100	0	0.0
Postgrado	0-33	0	0.0
	34-66	2	1.3
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 52

Tabla comparativa de la distribución por tiempo de evolución y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

Años de Evolución	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
1-5	0-33	34	22.5
	34-66	18	11.9
	67-100	0	0.0
6-10	0-33	21	13.9
	34-66	20	13.2
	67-100	2	1.3
11-15	0-33	15	9.9
	34-66	6	4.0
	67-100	0	0.0
16-20	0-33	16	10.6
	34-66	7	4.6

	67-100	0	0.0
21-25	0-33	4	2.6
	34-66	2	1.3
	67-100	2	1.3
26-30	0-33	4	2.6
	34-66	0	0.0
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 53

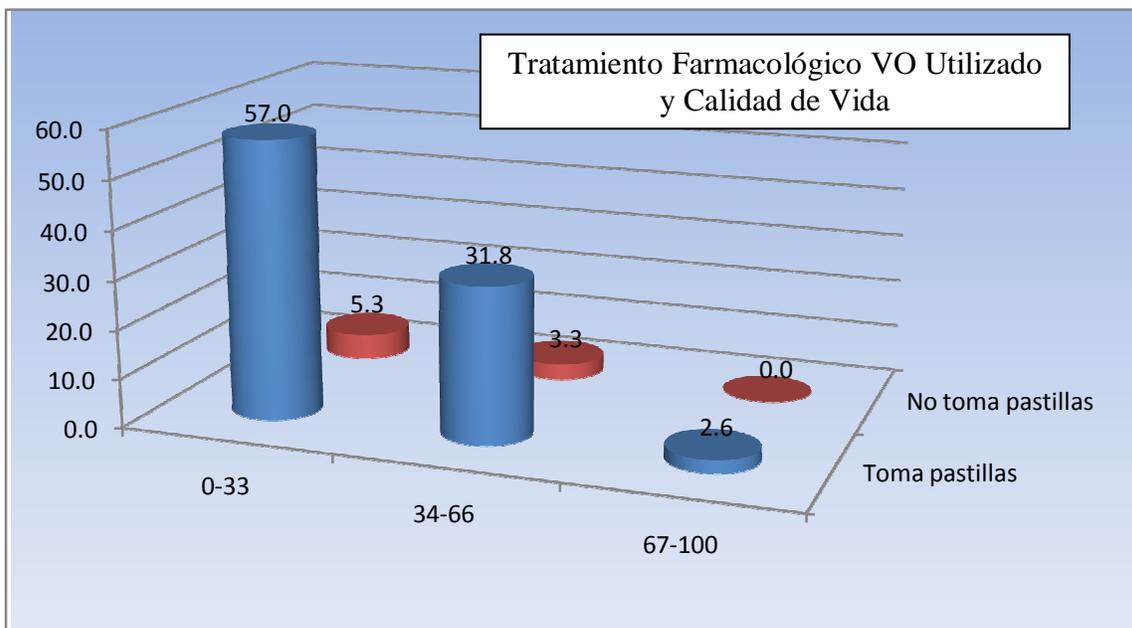
Tabla comparativa de la distribución por tratamiento farmacológico por vía oral utilizado y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Toma pastillas	0-33	86	57.0
	34-66	48	31.8
	67-100	4	2.6
No toma pastillas	0-33	8	5.3
	34-66	5	3.3
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 53

Grafica comparativa de la distribución por tratamiento farmacológico por vía oral utilizado y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

Tabla 54

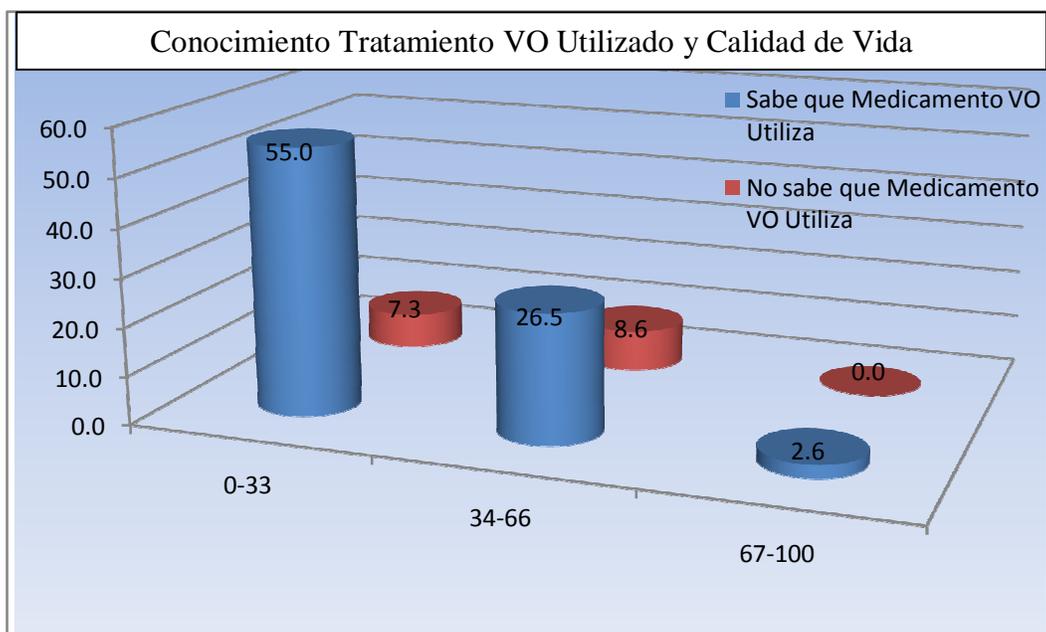
Tabla comparativa de la distribución por conocimiento sobre el tipo de medicamento de vía oral que utilizan y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Sabe que toma pastilla	0-33	83	55.0
	34-66	40	26.5
	67-100	4	2.6
No sabe que toma pastilla	0-33	11	7.3
	34-66	13	8.6
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

Grafica 54

Tabla comparativa de la distribución por conocimiento sobre el tipo de medicamento de vía oral que utilizan y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 55

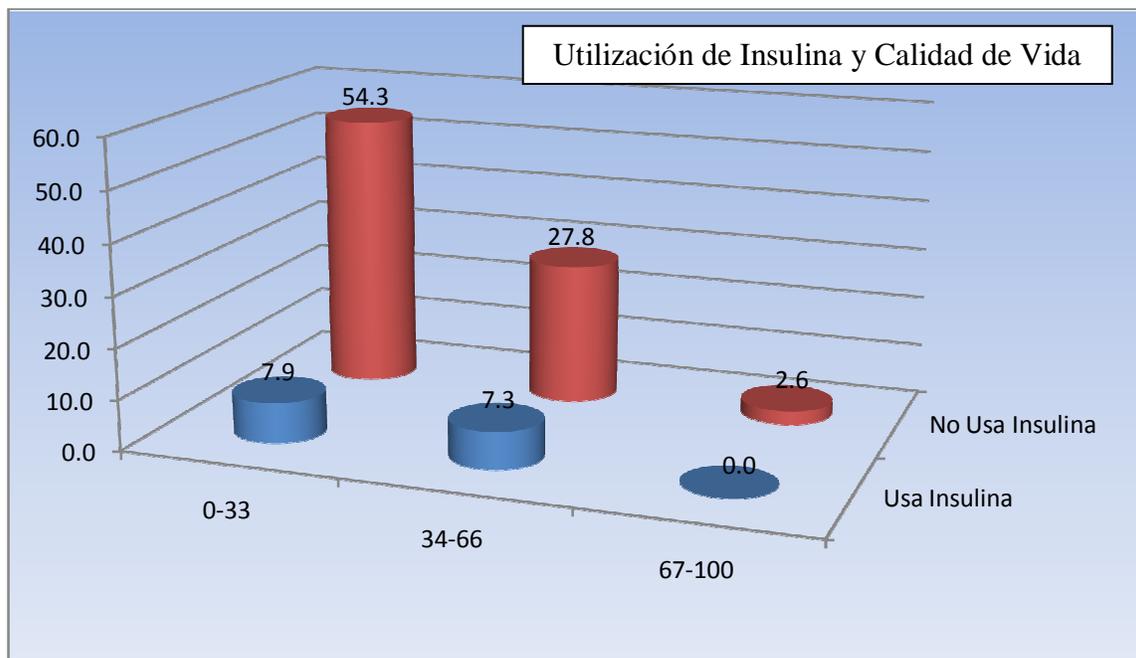
Tabla comparativa de la distribución por la utilización de insulina y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Usa insulina	0-33	12	7.9
	34-66	11	7.3
	67-100	0	0.0
No usa insulina	0-33	82	54.3
	34-66	42	27.8
	67-100	4	2.6

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 55

Tabla comparativa de la distribución por la utilización de insulina y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 56

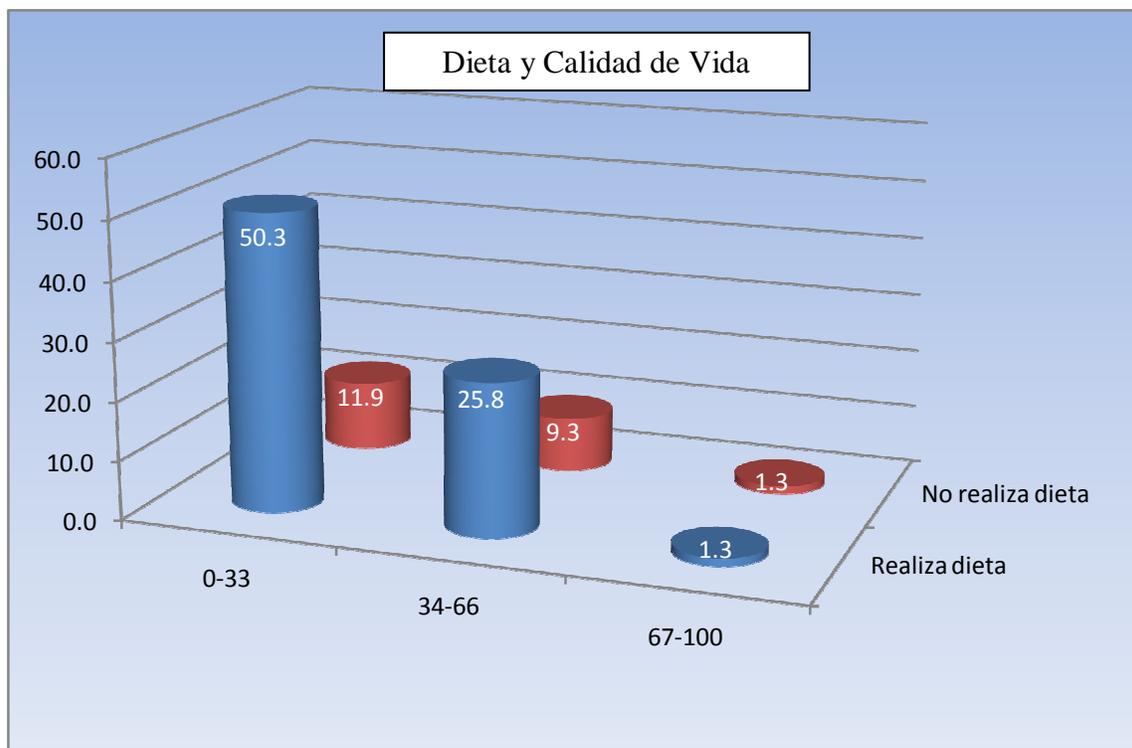
Tabla comparativa entre la distribución por dieta y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Realiza dieta	0-33	76	50.3
	34-66	39	25.8
	67-100	2	1.3
No realiza dieta	0-33	18	11.9
	34-66	14	9.3
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 56

Grafica comparativa entre la distribución por dieta y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 57

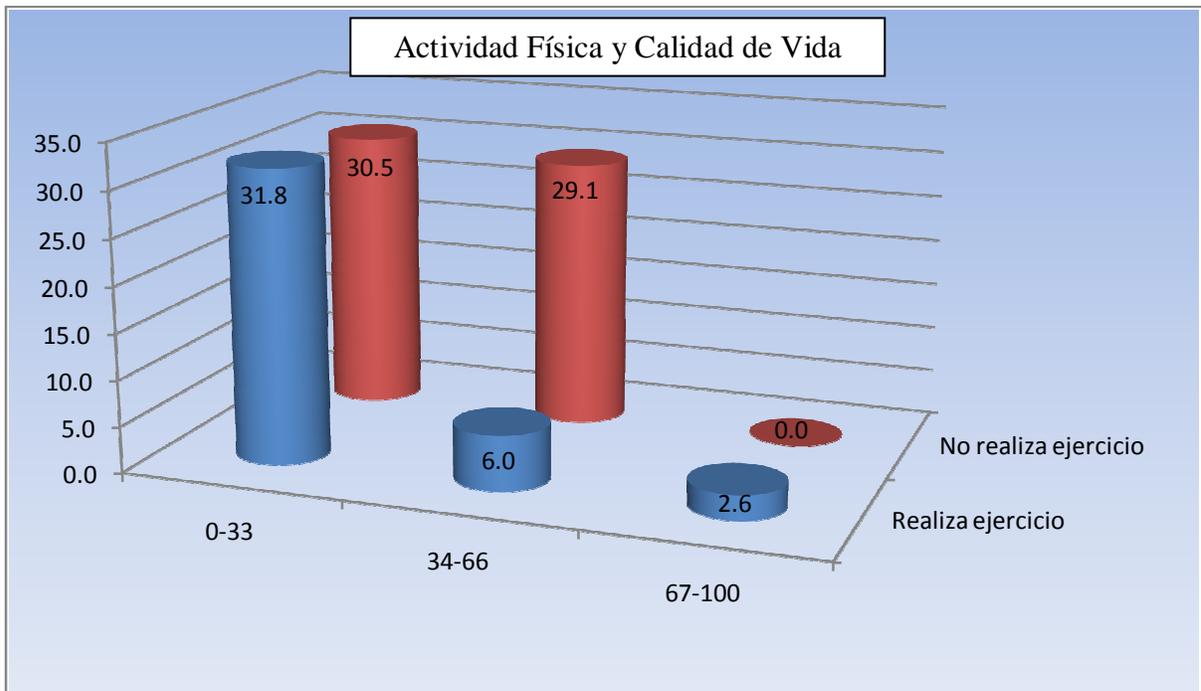
Tabla comparativa entre la distribución por actividad física que realizan y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Realiza ejercicio	0-33	48	31.8
	34-66	9	6.0
	67-100	4	2.6
No realiza ejercicio	0-33	46	30.5
	34-66	44	29.1
	67-100	0	0.0

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 57

Tabla comparativa entre la distribución por actividad física que realizan y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 58

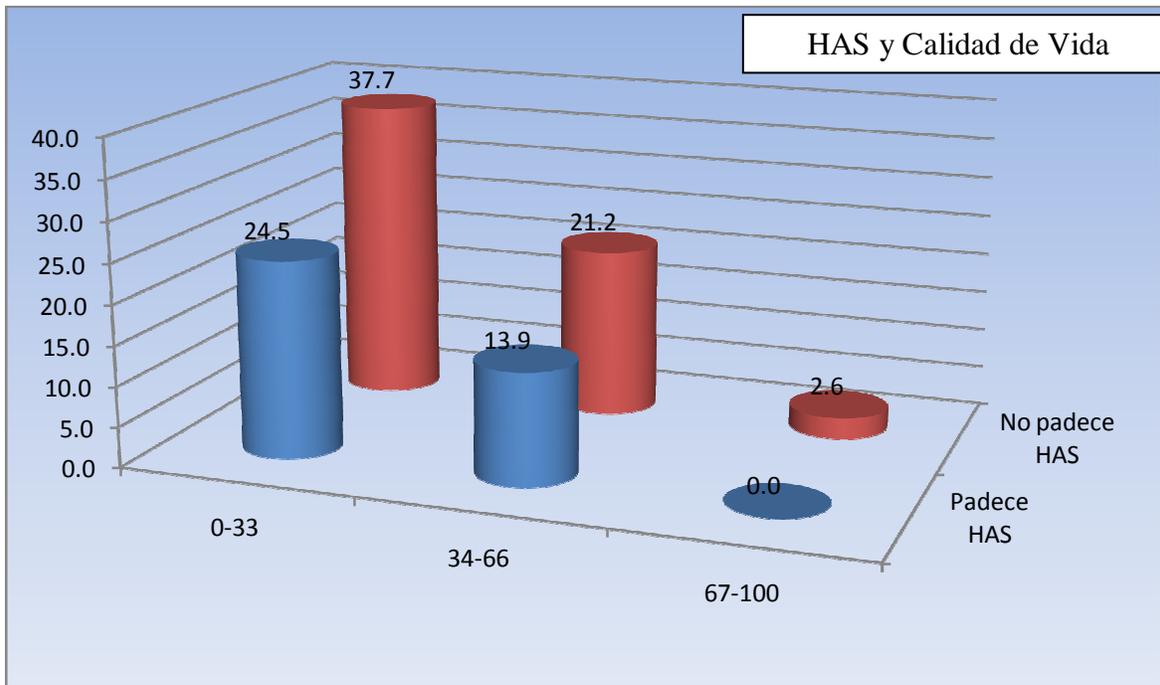
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico hipertensión arterial y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece HAS	0-33	37	24.5
	34-66	21	13.9
	67-100	0	0.0
No padece HAS	0-33	57	37.7
	34-66	32	21.2
	67-100	4	2.6

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 58

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico hipertensión arterial y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 59

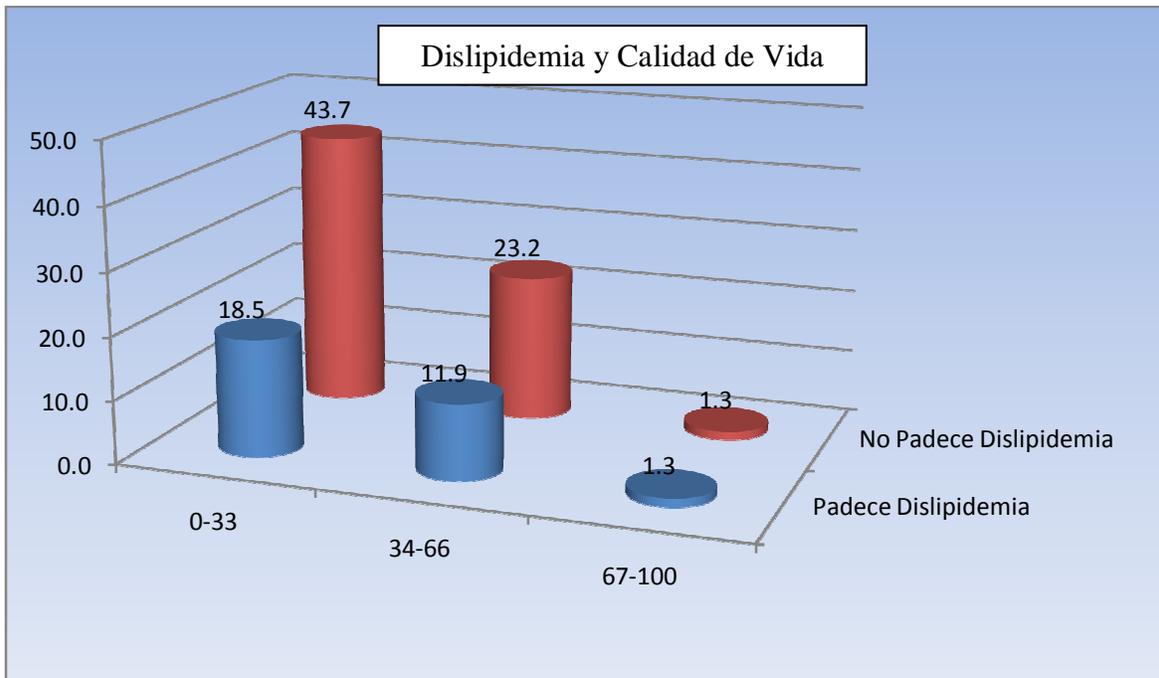
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico dislipidemia y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece dislipidemia	0-33	28	18.5
	34-66	18	11.9
	67-100	2	1.3
No padece dislipidemia	0-33	66	43.7
	34-66	35	23.2
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 59

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico dislipidemia y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 60

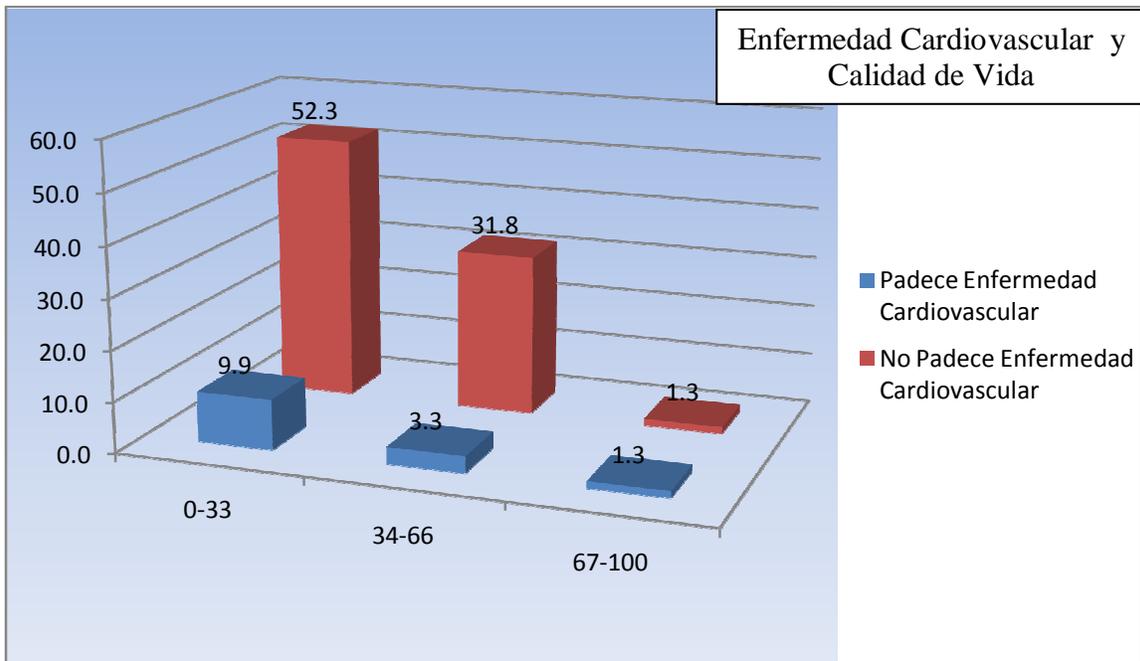
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico enfermedad cardiovascular y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Enfermedad Cardiovascular	0-33	15	9.9
	34-66	5	3.3
	67-100	2	1.3
No Padece Enfermedad Cardiovascular	0-33	79	52.3
	34-66	48	31.8
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 60

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico enfermedad cardiovascular y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 61

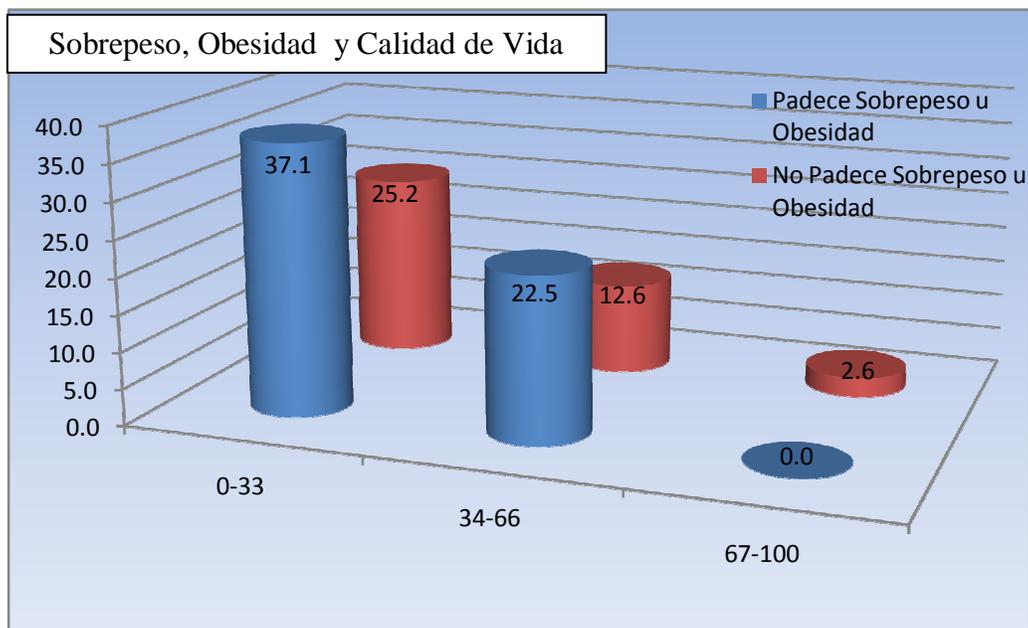
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico sobrepeso u obesidad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece sobrepeso y Obesidad	0-33	56	37.1
	34-66	34	22.5
	67-100	0	0.0
No padece Sobrepeso y obesidad	0-33	38	25.2
	34-66	19	12.6
	67-100	4	2.6

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 61

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento agregado, en específico sobrepeso u obesidad y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 62

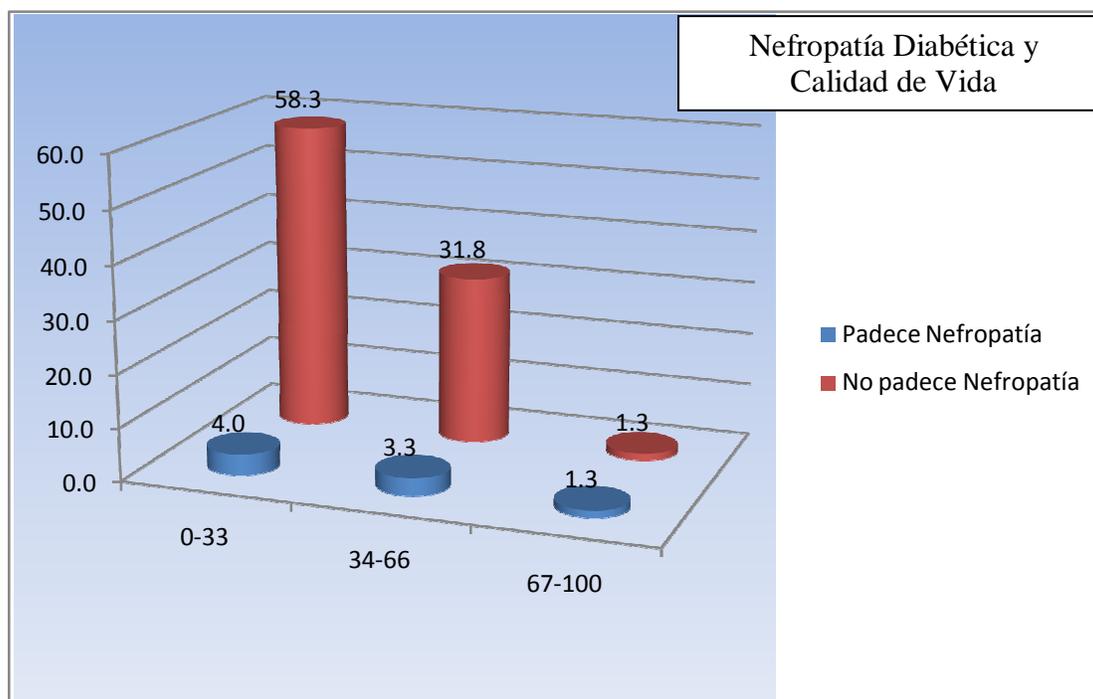
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la nefropatía diabética se presenta como agravante y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Nefropatía	0-33	6	4.0
	34-66	5	3.3
	67-100	2	1.3
No Padece Nefropatía	0-33	88	58.3
	34-66	48	31.8
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 62

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la nefropatía diabética se presenta como agravante y calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

TABLA 63

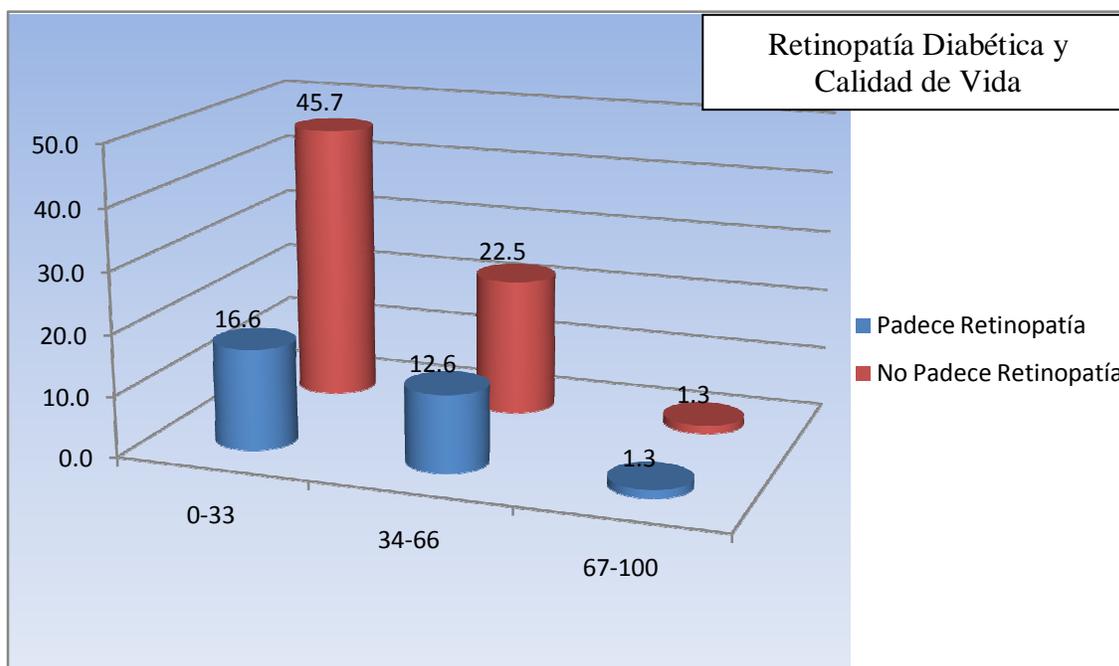
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la Retinopatía diabética se presenta como agravante y la calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Retinopatía	0-33	25	16.6
	34-66	19	12.6
	67-100	2	1.3
No Padece Retinopatía	0-33	69	45.7
	34-66	34	22.5
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

GRAFICA 63

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la Retinopatía diabética se presenta como agravante y la calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

Tabla 64

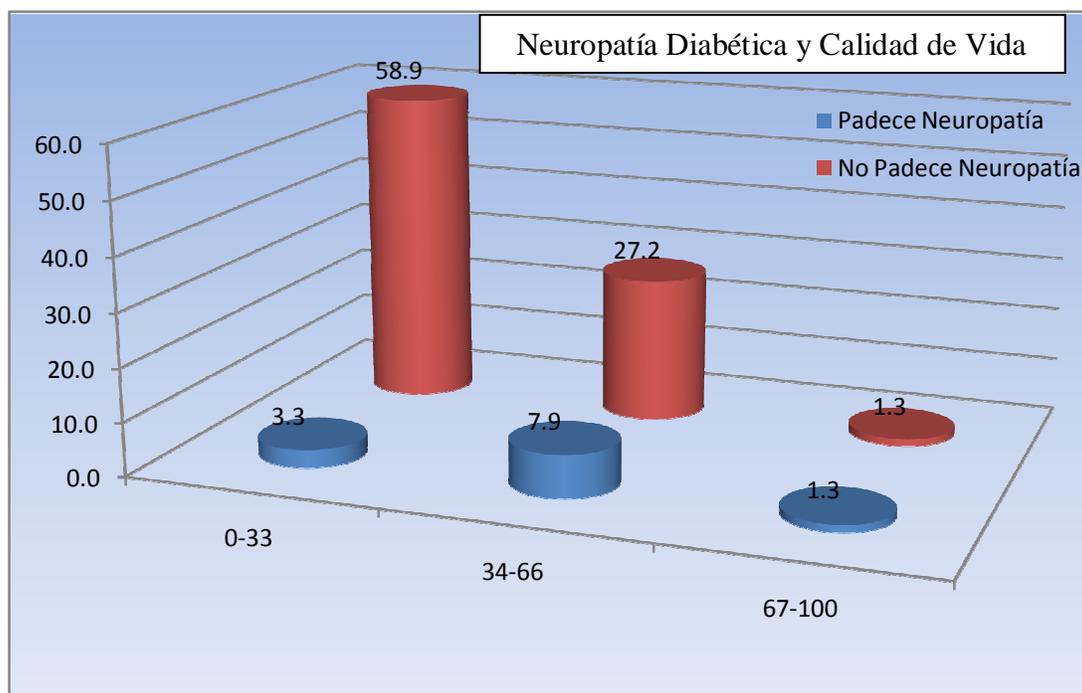
Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la Neuropatía diabética se presenta como agravante y la calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.

	Calidad de Vida	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Padece Neuropatía	0-33	5	3.3
	34-66	12	7.9
	67-100	2	1.3
No Padece Neuropatía	0-33	89	58.9
	34-66	41	27.2
	67-100	2	1.3

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

Grafica 64

Tabla comparativa entre la distribución por padecimiento en donde la Neuropatía diabética se presenta como agravante y la calidad de vida, de todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que participaron en el estudio.



FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

Tabla 65

Factores Sociodemográficos y Epidemiológicos asociados con la Calidad de Vida de los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

Significancia Clínica y Estadística de los Factores Asociados a la Calidad de Vida de los Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2						
FACTORES ASOCIADOS		Buena Calidad de Vida	Mala Calidad de Vida	OR	IC del 95%	p
Genero	Masculino	34	25	1.37	0.70-2.69	0.34
	Femenino	60	32			
Edad	45-60	44	27	1.02	0.52-1.97	0.94
	61-90	50	30			
Ocupación	Trabaja	29	20	0.82	0.41-1.65	0.58
	No Trabaja	65	37			
Estado Civil	Con Pareja	64	37	0.86	0.43-1.73	0.68
	Sin Pareja	30	20			

Escolaridad	Con Estudios	73	54	5.17	1.46-18.25	0.003 *
	Sin Estudios	21	3			
Años de Evolución	Menor de 10	55	40	1.66	0.82-3.36	0.15
	Mayor de 10	39	17			
Tratamiento Vía Oral	Si	86	52	0.96	0.30-3.11	0.95
	No	8	5			
Usa Insulina	Si	12	11	1.63	0.66-3.99	0.27
	No	82	46			
Realiza Dieta	Si	76	41	0.60	0.28-1.31	0.20
	No	18	16			
Realiza Ejercicio	Si	48	13	0.28	0.13-0.59	0.0006
	No	46	44			
Padece HAS	Si	37	21	1.11	0.56-2.19	0.075
	No	57	36			
Padece Dislipidemia	Si	28	20	0.78	0.38-1.58	0.49
	No	66	37			
Padece Enf. Cardiovascular	Si	15	7	1.35	0.51-3.55	0.53
	No	79	50			
Padece Sobrepeso y obesidad	Si	56	34	0.99	0.50-1.94	0.0001
	No	38	23			
Padece nefropatía	Si	6	7	0.48	0.15-1.52	0.21
	No	88	50			
Padece Retinopatía	Si	25	21	0.62	0.30-1.25	0.18
	No	69	36			

Padece Neuropatía	Si	5	14	0.17	0.058-0.51	0.0005
	No	89	43			

OR Razón de momios, IC 95% Intervalo de confianza al 95%, p Probabilidad al 0.05 con χ^2 y

* Prueba exacta de Fisher.

FUENTE: Encuesta de variables sociodemográficas, epidemiológicas y Diabetes 39 a pacientes con DM2 de UMF 33

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se evaluó la Calidad de Vida de 151 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, utilizando el cuestionario Diabetes 39, entre los pacientes encontramos a 59 hombres (39.1%) y a 92 mujeres (60.9%), encontrándose con que el 62.3% del total de pacientes tienen buena calidad de vida, 35.1% regular calidad de vida y 2.6% con mala calidad de vida. Para el caso de pacientes masculinos, tenemos que estos representan el 57.6% con buena calidad de vida, 35.6% con regular calidad de vida y 25.4% con mala calidad de vida. En el caso de las mujeres, 65.2% reporta buena calidad de vida, 34.8% regular calidad de vida y ninguna con mala calidad de vida. El porcentaje de pacientes masculinos es muy semejante al estudio de López Carmona y col. (2006), en el que reportan una población con 37.3% de hombres y 62.5% de mujeres, con un promedio de buena calidad de vida con 49%. Robles García y cols. (2003). Estudiaron a 152 pacientes, 108 mujeres y 44 hombres, con edad promedio de 53.2 mas menos 12.76, en cuanto a la calidad de vida la reportan con promedio de 65, lo que equivale a una buena calidad de vida.

En los pacientes evaluados, para pacientes masculinos, dentro de la calidad de vida se evalúan diferentes rubros, entre los que se encuentran energía y movilidad 64% con buena energía y movilidad y 7% con mala energía y movilidad, para pacientes femeninos con 66.3% con buena energía y movilidad y 1.1% con mala energía y movilidad. Para el control de la diabetes para pacientes masculinos, con 62.7% con buen control de la diabetes y 6.8% con mal control de la diabetes, en pacientes femeninos con 71.7% con buen control y ninguno con mal control. La ansiedad – preocupación para pacientes masculinos, encontrando 35.6% y 39% con baja y regular ansiedad respectivamente, y 35.9% y 21.7% con alta ansiedad preocupación. La Carga social en pacientes masculinos, con 76.3% con baja carga social y 77.2% con baja carga social en el caso de las mujeres. El Funcionamiento sexual en hombres con 49.2% con buen funcionamiento sexual y 25.4 con regular y mal funcionamiento sexual y en mujeres con 77.8% con buen funcionamiento y 12% con mal funcionamiento sexual. Datos que son en algunos casos contrastantes a los encontrados en el estudio de López Carmona y col. (2006), en donde se mostro mayor afectación en las mujeres, en la sección de energía y movilidad, y los hombres presentaron mayor afectación en el dominio del funcionamiento sexual. Es posible que estos datos hayan diferido tanto por las edades entre uno y otro estudio, ya que la media para el estudio de López Carmona y col. fue 40 a 59 años con 60.7% y en este estudio con menos de 60 años con 68.9%. Sin embargo, en el estudio de Ríos Castillo y cols. (2004) en el área psicosocial en donde evalúan aspectos emocionales como ansiedad, depresión, temores, preocupaciones, y algunos conceptos de interacción social, 60% de los sujetos no muestran deterioro y solamente el 15% el deterioro fue severo. En el área sexual 54% no muestra deterioro a diferencia de 29% con deterioro severo. Ambos datos muy parecidos a los de este estudio. Robles García y cols. (2003). Refieren que los pacientes con mayor sintomatología depresiva y/o ansiosa, presentaron un mayor deterioro de la calidad de vida. Las mujeres presentan mayor puntuación con respecto a los hombres, las preocupaciones por aspectos sociales y vocacionales se vio incrementada en calidad de vida en personas con pareja.

Con respecto a la edad, la calidad de vida se vio afectada en el 8.6% en el grupo de 51 a 60 años, y con buena calidad de vida en los grupo de 45 a 60, 51 a 60 y 71 a 80 con porcentajes muy parecidos, oscilando alrededor del 16%. Datos muy parecidos a los estudios reportados por López Carmona y col. (2006), con mejor calidad de vida en el grupo de 40 a 59 años, Ríos Castillo y cols (2004). Con mejor calidad de vida en el grupo de 49 y 54 años y en el estudio de Robles García y cols. (2003). 41 a 65 años.

Con respecto a la actividad que desempeñan los pacientes, encontramos que el mayor grupo está representado por las amas de casa con 32.5%, seguido de los jubilados o pensionados con 27.2%, y el menor de ellos representado por los obreros con 3.3%, seguido de los propietarios o empresarios con el 4%. López Carmona y col. (2006). Reporta al igual que nuestro estudio a las amas de casa con 53.4%, y a diferencia de nuestro estudio, a los jubilados o pensionados en el 11.6%, seguido de los desempleados con el 1.6%. Robles García y cols. (2003).

Igual que Carmona y cols. reporta a las amas de casa con el 49%, pensionados con el 9%.

En cuanto al estado civil, encontramos al 64% de los pacientes casados, y que los grupos más pequeños son unión libre, seguido por divorciados y solteros, con 3, 4 y 6% respectivamente. Datos muy parecidos a los encontrados por López Carmona y col, Ríos Castillo y col y Robles García y col. López Carmona y col. (2006) refiere al grupo de casados con 76.9%, y los grupos más pequeños son el de divorciados, seguido de unión libre y solteros con 1.2, 2.4 y 4.8% respectivamente. Ríos Castillo y cols. (2004). Casados 80%, y los grupos más pequeños son divorciado, separado y soltero con 1, 2 y 3% respectivamente. Robles García y cols. (2003). Refieren a los casados o en unión libre con 67.1% y 30% sin pareja, sin especificar si es soltero, viudo o divorciado.

La distribución por grado académico, con primaria el 38.4%, secundaria el 25.2% y los grupos más pequeños con postgrado 1.3% y universidad con 4%. López Carmona y col. (2006) lo refieren en años de estudio, con 6 años de estudio 56.2% y sin estudios al 2.8%. Ríos Castillo y cols. (2004) con primaria incompleta 30%, primaria completa 35%, y los más pequeños son analfabeta, secundaria incompleta y preparatoria incompleta 1%, seguido de preparatoria completa 5%. Robles García y cols. (2003) con escolaridad promedio de 5.51 mas menos 4.29 años.

En cuanto al tiempo de evolución, de 1 a 5 años es el grupo más grande, con 34.4%, seguido de 6 a 10 años con 28.5%, y el grupo más pequeño de 26 a 30 años con 3.3%, seguido de 21 a 25 años con 4.6%. López Carmona y col. (2006) menor de 5 años con 42.1%, seguido del grupo de 6 a 10 años con 26.5% y por último, mayor a 10 años con 31.4%. Ríos Castillo y cols. (2004) de 0 a 5 años con 40%, grupos muy parecidos el de 6 a 10 y 11 a 15 años con 22 y 21% respectivamente y el más pequeño con 7% es el de 21 a 25 años. Robles García y cols. (2003) la enfermedad fue en promedio 7.3 mas menos 6.3 años, con rango de 1 a 25 años.

Con respecto al uso de medicamentos por vía oral, los que toman pastillas representan el 84.1%, dato muy semejante a López Carmona y col. (2006), en donde refiere al 71.9%, Ríos Castillo y cols. (2004) no lo reporta, Robles García y cols. (2003) nos habla de que el 58.6% realizaba dieta.

Los pacientes que utilizan insulina, en este estudio representan el 15%. dato que se asemeja a lo publicado por López Carmona y col. (2006), en donde reporta a 16.9% con pacientes que utilizan insulina.

En cuanto a la dieta que realizan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, encontramos que los pacientes que realizan dieta presentan mejor calidad de vida con 76 pacientes (50.3%) con respecto a los que no realizan dieta con 18 pacientes (11.9%), y el grupo de peor calidad de vida, tanto en los que realizan dieta como los que no, representado con 2 pacientes en cada grupo (1.3%).

López Carmona y col. (2006) refieren a los pacientes que realizan dieta con el 6.8%, con tan solo 17 pacientes de los 249 que estudiaron.

La actividad física también fue valorada, encontrando que en relación con los pacientes que realizan ejercicio, hay predominancia con los que realizan alguna actividad física, con 48 pacientes (31.8%), en relación con la peor calidad de vida que tan solo es de 4 pacientes (2.6%). Y en cuanto a los pacientes que no realizan actividad física, existe mucha similitud entre los pacientes con buena y regular calidad de vida, con 46 (30.5%) y 44 (29.1%) pacientes respectivamente. Ríos Castillo y cols. (2004) refieren que los pacientes que realizaron actividad física sufrían menos deterioro con 56 pacientes, con deterioro leve 20 pacientes y moderado y severo con 11 y 13 respectivamente.

En cuanto a comorbilidad, observamos que los pacientes que presentan HAS, presentan buena calidad de vida con 37 pacientes (24.5%), lo mismo sucede con los que no padecen HAS con 57 pacientes (37.7%) en relación a los de mala calidad de vida con 0 y 4 pacientes (2.6% respectivamente. Situación similar sucede en los que padecen dislipidemia. En cuanto a enfermedades cardiovasculares, aquellos que no padecen enfermedad cardiovascular presentan mejor calidad de vida con proporción de 79 pacientes (52.3%), con regular calidad de vida 48 pacientes (31.8%), en relación a los que si presentan alguna enfermedad cardiovascular con 15 pacientes (5.5%) y con regular calidad de vida 5 pacientes (3.3%). Situación también similar en los pacientes con obesidad y sobrepeso. López Carmona y col. (2006). Las enfermedades que con más frecuencia se asociaron a la diabetes abarcaron obesidad en 119 pacientes (47.8%), hipertensión arterial en 116 (46.6%), dislipidemia en 62 (24.9%).

Con relación a las complicaciones, solo el 8.6% presento nefropatía, de los cuales 6 pacientes (4%) refiere buena calidad de vida y 2% mala calidad de vida y en relación con los que no padecen nefropatía, 88 pacientes (58.3%) con buena calidad de vida y 48 pacientes (31.8%) con regular calidad de vida. En relación a retinopatía, se reporta al 30.5% de los pacientes, dentro de los que se observa que predomina la mejor y regular calidad de vida con 25 (16.6) y 19 (12.6%) pacientes respectivamente. Situación similar dentro del grupo que no padece retinopatía. Y por último, en los pacientes con neuropatía, se reporta que el predominio es en la regular calidad de vida con 12 pacientes (7.9%) seguido de la mejor calidad de vida con 5 pacientes (3.3%) y por último la peor calidad de vida con 2 pacientes (1.3%). López Carmona y col. (2006). Los pacientes con al menos una complicación tardía de la diabetes registrada fueron 86 (34.5%), retinopatía en 23 (9.2%), neuropatía diabética 21 (8.4%) y cardiopatía isquémica en 17 (6.8%). Solo 19 (7.6%) tuvieron dos o más complicaciones. Robles García y cols. (2003). Refiere que las complicaciones médicas más frecuentes fueron las cardiovasculares (6.6%) y visuales (5.9%). El 3.3% presentaba problemas con los riñones y el 2% padecía neuropatía o pie diabético.

A continuación se presenta el análisis del riesgo observado por medio de razón de momios (OR) para cada uno de los factores asociados.

Tomando en cuenta el género femenino como factor de riesgo para mala calidad de vida, se encontró que no existe asociación, (OR de 1.37, con un intervalo de confianza al 95% de 0.70 a 2.69, $p=0.34$), no tiene significancia clínica, ni estadística, las mujeres no tienen mayor riesgo que los hombres para presentar mala calidad de vida, situación que difiere en el estudio de Cárdenas Villareal y col. Cárdenas Villareal y col. (2005) presenta en su estudio que los hombres refirieron mayor calidad de vida que las mujeres, con una media de 65 – 62 respectivamente.

Con respecto a la edad de 61 a 90, este grupo con mayor riesgo para mala calidad de vida, se encontró que esta tampoco tiene mayor riesgo, no encontrando asociación (OR de 1.02, con un intervalo de confianza al 95% de 0.52 a 1.97, $p=0.94$), sin presentar significancia clínica ni estadística, situación semejante a la encontrada en el estudio de Cárdenas Villareal y col y en el de Ríos Castillo y cols. Cárdenas Villareal y col. (2005) refiere que en general, la calidad de vida no fue influenciada por características como la edad. Ríos Castillo y cols. (2004) en la asociación de variables, encontraron significancia estadística con p menor de 0.000, al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con la edad mayor de 50 años.

El trabajar como factor de riesgo para mala calidad de vida, ya que se piensa que se pueden dedicar menos tiempo para su atención médica, (OR de 0.82, con un intervalo de confianza al 95% de 0.41 a 1.65, $p=0.58$) sin embargo no mostró significancia clínica ni estadística.

En cuanto al estado civil, los solteros son el grupo con mayor riesgo para mala calidad de vida, ya que no cuentan con redes de apoyo, para sorpresa de este estudio, este grupo no mostró asociación (OR de 0.86, con un intervalo de confianza al 95% de 0.43 a 1.73, $p=0.68$), no mostró significancia clínica ni estadística, por lo que no resultó ser un factor significativo para presentar mala calidad de vida, resultado similar al encontrado por Cárdenas Villareal y col. Cárdenas Villareal y col. (2005) refiere que en general, la calidad de vida no fue influenciada por el estado marital.

Hablando de escolaridad, el grupo de pacientes que no tuvo estudios, tiene mayor riesgo para mala calidad de vida, por lo mismo su grado de educación es inferior y el cuidado que le prestan a su salud se ve mermado por dicha situación, encontrando en este estudio que si existe asociación (OR de 5.17, con un intervalo de confianza al 95% de 1.46 a 18.25, $p=0.003$), presentando entonces significancia clínica y estadística. Los resultados que encontramos, son parecidos a los que reporta Cárdenas Villareal y col y Ríos Castillo y cols. Cárdenas Villareal y col. (2005) refieren en su estudio que la escolaridad tuvo una influencia limitada, las personas con una escolaridad reportaron una mayor calidad de vida. Ríos Castillo y cols. (2004) menciona que existe significancia estadística con p menor de 0.000 al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con el nivel educativo bajo.

En relación con los años de evolución, mayor de 10 años como factor de riesgo para mala calidad de vida, puesto que a mayor cronicidad, puede existir deterioro en la calidad de vida, se encontró que si existe asociación, con la confianza al 95% de que en la población del 0.82 a 3.36 se pueda presentar mala calidad de vida (OR de 1.66, con un intervalo de confianza al 95% de 0.82 a 3.36, $p=0.15$), por lo que podemos decir que existe significancia clínica con 66%, aunque no estadística. López Carmona y col. (2006) refieren en su estudio que la evolución mayor a 10 años es una variable que se vinculó con peor calidad de vida (OR 1.75, IC 95% 1.03-2.96 $p= 0.05$). Podemos observar como el OR es muy semejante, dándonos la asociación de dicha variable, con significancia clínica en ambas también muy semejante, de 66% en nuestro estudio y 75% en el estudio de López Carmona y col y en el de Ríos Castillo y cols. En cambio, en nuestro estudio encontramos que los resultados difieren a los encontrados por Cárdenas Villareal y col. (2005) en donde menciona que el tiempo de padecer la enfermedad no influye en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Ríos Castillo y cols. (2004) refiere que al relacionar el índice de deterioro de la calidad de vida con el tiempo de evolución de la condición cronicodegenerativa de la diabetes mellitus tipo 2 de más de cinco años, encontró que existe significancia estadística con p menor a 0.000.

En cuanto al tratamiento vía oral, como factor de riesgo para mala calidad de vida de los pacientes que no utilizan tratamiento vía oral, se encontró en este estudio que no existe asociación (OR de 0.96, con un intervalo de confianza al 95% de 0.30 a 3.11, $p=0.95$), no presenta significancia clínica ni estadística.

Tomando en cuenta a los pacientes que no utilizan insulina como factor de riesgo para mala calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró que si existe asociación (OR de 1.63, con un intervalo de confianza al 95% de 0.66 a 3.99, $p=0.27$) presenta el 63% de riesgo de tener mala calidad de vida, encontrando que si hay significancia clínica pero no estadística.

Los pacientes que no realizan dieta tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, entendido esto por el descontrol metabólico que pueden presentar, sin embargo, en este estudio no se encontró asociación (OR de 0.60, con un intervalo de confianza al 95% de 0.28 a 1.31, $p=0.20$) no teniendo significancia clínica ni estadística, resultado opuesto al referido por Cárdenas Villareal y col. (2005), quien menciona que aquellos pacientes con tratamiento de dieta referían una mayor satisfacción en cuanto a calidad de vida que quienes realizaban otro tipo de tratamiento.

Considerando a los pacientes que no realizan ejercicio con mayor riesgo para mala calidad de vida, se encontró que no existe asociación (OR de 0.28, con un intervalo de confianza al 95% de 0.13 a 0.59, $p=0.0006$) sin significancia clínica, pero con significancia estadística. Este resultado también se contrapone al reportado por Cárdenas Villareal y col. (2005) quien menciona que aquellos

pacientes con tratamiento de ejercicio, al igual que en la variable anterior, referían una mayor satisfacción que quienes realizaban otro tipo de tratamiento.

La hipertensión arterial sistémica como factor de riesgo para mala calidad de vida, se encontró que no existe asociación (OR de 1.11, con un intervalo de confianza al 95% de 0.56 a 2.19, $p=0.075$) por lo que podemos decir que no hay significancia clínica ni estadística. López Carmona y col. (2006) nos habla de que dos o más enfermedades asociadas son una variable predictora de mala calidad de vida (OR 2.31; IC 95% 1.25-4.26, $p=0.05$) resultados que no concuerdan con nuestro estudio. Sin embargo, tenemos que considerar que la hipertensión arterial forma parte importante del síndrome metabólico, que aunado a la diabetes mellitus, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones, lo que se puede asociar con la presentación de mala calidad de vida.

En relación a los pacientes que presentan dislipidemia, se estudio si tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, encontrando que no existe asociación (OR de 0.78, con un intervalo de confianza al 95% de 0.38 a 1.58, $p=0.49$), por lo que decimos que no hay significancia clínica ni estadística. López Carmona y col. (2006) en su estudio refiere que la variable de colesterol mayor a 240mg/dl es predictora de peor calidad de vida, no refiriendo OR, IC95, únicamente $p=0.05$, por lo que este resultado es diferente al de nuestro estudio, quizá porque nosotros englobamos dislipidemia y López Carmona y col solo habla de hipercolesterolemia.

Las enfermedades cardiovasculares como factor de riesgo para mala calidad de vida, encontrando en este estudio que si existe asociación (OR de 1.35, con un intervalo de confianza al 95% de 0.51 a 3.55, $p=0.53$) teniendo entonces significancia clínica baja, pero no estadística; haciendo también hincapié en que la diabetes mellitus asociado a enfermedades cardiovasculares, requiere mayor atención, mayores cuidados, ingesta en la mayoría de los casos de mas medicamento, lo que puede producir que disminuya la calidad de vida de los pacientes.

En cuanto a la obesidad y sobrepeso como factores que puedan favorecer mala calidad de vida, en este estudio se encontró que no existe asociación (OR de 0.99, con un intervalo de confianza al 95% de 0.50 a 1.94, $p=0.0001$) no teniendo significancia clínica pero si estadística, no encontrando tampoco relación con Cárdenas Villareal y col. Cárdenas Villareal y col. (2005) nos habla en su trabajo que las personas con obesidad reportaron puntajes más bajos de satisfacción con el tratamiento comparado con las personas con sobrepeso y peso normal.

Los pacientes nefropatas tienen mayor riesgo para mala calidad de vida, encontrando en este estudio que no existe asociación (OR de 0.48, con un intervalo de confianza al 95% de 0.15 a 1.52, $p=0.21$) sin significancia clínica ni estadística; aquí es importante hacer mención que prácticamente no realizaron el cuestionario pacientes con nefropatía (solo el 9%), por lo que este resultado hay que cuestionarlo.

La retinopatía diabética como factor de riesgo para mala calidad de vida, encontrando para este estudio que no hubo asociación (OR de 0.62, con un intervalo de confianza al 95% de 0.30 a 1.25, $p=0.18$) sin significancia clínica ni estadística. López Carmona y col. (2006) refiere en su estudio que la presencia de una o más complicaciones tardías son variables predictivas de peor calidad de vida (no menciona OR, IC 95% ni p). Al igual que en el párrafo anterior, solo el 30% de los pacientes tenían retinopatía diabética y ésta aunque no se menciona en el presente trabajo, no era muy severa en los pacientes, por lo que quizá no ha afectado la calidad de vida de los pacientes estudiados, situación que puede explicarnos que no exista relación entre ambos trabajos.

Considerando a los pacientes con neuropatía como factor de riesgo para mala calidad de vida, no se encontró asociación (OR de 0.17, con un intervalo de confianza al 95% de 0.058 a 0.51, $p=0.0005$) sin significancia clínica pero con significancia estadística; pero solo el 13% de la población estudiada presentó dicho problema, por lo que habría que cuestionar este resultado.

Las diferencias encontradas en este estudio y los otros estudios que evalúan calidad de vida, pudieran deberse a las características culturales que modulen la forma en cómo se interpretan las preguntas que conforman el cuestionario. Sin embargo, estos hallazgos son importantes para el médico familiar, que debe evaluar el impacto de la enfermedad para otorgar un manejo integral del paciente diabético.

Es importante reconocer que la relación entre calidad de vida y las variables sociodemográficas y epidemiológicas estudiadas es complejo y no necesariamente lineal, porque algún cambio en el estilo de vida puede producir mejoría en el control metabólico, pero no necesariamente en la calidad de vida, puesto que esta depende del concepto de cada persona sobre calidad de vida.

En base a todo esto, podemos observar como los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan signos de deterioro de su calidad de vida, ya sean leves, moderados o severos. Podemos observar que en algunos casos, estos grados de deterioro de la calidad de vida están relacionados con la evolución de la cronicidad de la diabetes, producto del descontrol metabólico y la falta de apego terapéutico. Este proceso de deterioro gradual en la calidad de vida, tiene tendencia relativamente uniforme con la cronicidad del padecimiento. Pero ante todo, recordar que la diabetes es una enfermedad, que como enfermedad puede producir deterioro en la calidad de vida, sin embargo muchas veces este no lo observamos hasta que se acumula y produce deterioro severo en la salud del paciente con múltiples afectaciones.

También es necesario aceptar que una limitación del estudio es que los pacientes fueron escogidos entre los que acudieron a solicitar consulta a la unidad de medicina familiar número 33, lo que pudo ocasionar un sesgo de selección, al no encuestar a diabéticos que no demandan la atención. Otra limitación es haber

tomado a pacientes de una sola unidad de medicina familiar, siendo esta de primer nivel, en donde los pacientes se encuentran “en control” o “estables” y omitir a las unidades de segundo y tercer nivel, en donde los pacientes ya pueden presentar más complicaciones.

CONCLUSIONES

En este estudio participaron 151 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, encontrando que en relación al grado académico alcanzado de los pacientes que participaron en este estudio, el grupo que realizó la primaria es el más grande y el de posgrado el más pequeño, de importancia hacer mención que el grupo que no tuvo estudios representa el 15.9% de la población estudiada, encontrando que esta variable representa un factor de riesgo para mala calidad de vida, teniendo en nuestro estudio significancia clínica y estadística. En cuanto al tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, el grupo de 1 a 5 años fue el grupo con mayor cantidad de pacientes y el grupo de 26 a 30 años el grupo con menor cantidad de pacientes, siendo el grupo de más de 10 años de evolución un factor de riesgo para mala calidad de vida, teniendo en nuestro estudio que esta variable presenta significancia clínica. Los pacientes que no utilizan insulina representan el 85% de la población, en este estudio encontramos que este es otro factor para mala calidad de vida, teniendo también significancia clínica. Las enfermedades cardiovasculares también fueron un factor de riesgo para mala calidad de vida, encontrando que esta variable tiene significancia clínica pero no estadística.

Del total de pacientes que participaron en este estudio, encontramos que predominaron las mujeres, aunque no resultó ser un factor ni clínica ni estadísticamente significativo para presentar mala calidad de vida. En cuanto a la edad de todos los pacientes que participaron, el grupo más representativo fue el de 71 a 80 años, siguiéndolo muy de cerca el grupo de 51 a 60 años, en ninguno se encontró que este fuera un factor para presentar mala calidad de vida. Dentro de las actividades específicas que desempeñan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el grupo de amas de casa fue el grupo más grande por 5.3% que el grupo de jubilados o pensionados quienes son los que le preceden, no siendo este factor para presentar mala calidad de vida, no tuvo significancia clínica ni estadística. Para la distribución por estado civil, se hicieron 5 grupos, siendo los casados el grupo más representativo en este estudio, sin embargo no hay asociación, y el tener o no pareja no afecta la calidad de vida. En relación con los medicamentos por vía oral que utilizan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es importante recordar que en los grupos que no utilizan los medicamentos por vía oral, se les resto 13 pacientes, ya que ese fue el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no utilizan medicamentos por vía oral. También podemos observar que el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que es más representativo, es el de aquellos que utilizan la metformina, con 100 pacientes, siguiéndole muy de cerca la glibenclamida, con 93 pacientes, sin embargo esta variable no muestra asociación para mala calidad de vida, ya que no presenta significancia clínica ni estadística. La dieta no fue un factor ni clínica ni estadísticamente significativo, aunque el grupo que si la lleva a cabo es más grande, con el 77% de la población estudiada. El grupo de pacientes que no realiza ejercicio resultó ser mas grande, con 59.6%, sin embargo este no fue factor para mala calidad de vida, no se encontró significancia clínica ni estadística. En

cuanto a comorbilidad, el grupo de pacientes que no padece hipertensión arterial sistémica fue el más representativo, con 61.6%, pero no presentó riesgo para mala calidad de vida en este estudio, no encontrando significancia clínica ni estadística. El grupo que no presentó dislipidemia también fue el grupo más grande con 68%, sin embargo tampoco se encontró que este fuera un factor de riesgo para mala calidad de vida. El grupo de pacientes con sobrepeso y obesidad fue el más grande, con 60%, encontrando para este estudio que no representó factor de riesgo para mala calidad de vida, no teniendo significancia clínica ni estadística. Los pacientes nefropatas fueron un grupo muy pequeño, apenas el 9%, lo mismo sucede con los pacientes con retinopatía, siendo apenas el 30% y los pacientes con neuropatía diabética con el 13%, no encontrando en este estudio factor de riesgo para mala calidad de vida, sin significancia clínica ni estadística para ninguno.

Del total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que contestaron el cuestionario Diabetes 39, se obtuvo que la mayoría de los pacientes (62.3%) tienen una buena calidad de vida, en relación con los que tuvieron mala calidad de vida, siendo estos últimos apenas el 2.6%. De estos mismos pacientes, la calidad de vida que ellos perciben, es del 17.9% con buena calidad de vida, 45% regular calidad de vida y 37.1% mala calidad de vida. Posiblemente esto se deba al igual que en los estudios similares a este, a la forma en cómo se pide que se conteste en el cuestionario, ya que menciona buena calidad de vida al principio y quizá los pacientes se confundan.

En cuanto a la aplicación del cuestionario Diabetes 39, éste valora diferentes rubros, en cuanto a energía y movilidad, se encontró que tanto en hombres como en mujeres hay buena energía y movilidad, estando en 64 y 63% respectivamente. El rubro de control de la diabetes, muestra que tanto en hombres como en mujeres, el porcentaje es elevado, con 62 y 67% respectivamente con buen control de la diabetes. El rubro de ansiedad preocupación del cuestionario Diabetes 39, nos muestra cifras muy parecidas en baja, regular y alta ansiedad preocupación, tanto para hombres como para mujeres, por lo que podemos decir que este es uno de los rubros afectados en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En el rubro de carga social, encontramos baja carga social tanto a hombres como a mujeres, con 76.3% y 77.2%. En cuanto al funcionamiento sexual, quinto rubro evaluado en el cuestionario Diabetes 39, encontramos que la mitad de la población se encuentra entre regular y muy afectada por su funcionamiento sexual para el caso de los hombres, contrastando definitivamente con las mujeres, quienes reportan que no hay afectación del funcionamiento sexual en un 77.8%, valores que se pueden presentar de esta forma puesto que muchas de las mujeres entrevistadas ya no tenían actividad sexual ya sea por deseo, por no tener pareja, pero esto no les repercutía.

Los resultados reportados con el cuestionario diabetes 39 reportan a la mayoría de la población con buena calidad de vida, congruencia que se da con la cronicidad de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, en donde solo la quinta parte

de la población estaba afectada, además de la alta frecuencia de hipertensión en 38% de la población y el sobrepeso u obesidad en 59%.

Sugerencias:

1. Se propone el uso del instrumento Calidad de Vida Diabetes 39 en la consulta de medicina familiar, lo que permitirá ayudar al personal de salud en la toma de decisiones y a mejorar la relación médico paciente.
2. Los médicos familiares debemos poner más atención a los pacientes, dedicarles el tiempo suficiente para poder brindarles una educación adecuada sobre su enfermedad, el uso adecuado de los medicamentos, sobre todo en los primeros años de la enfermedad, donde los pacientes no le toman la importancia adecuada a su padecimiento y se ve repercutida a la larga. Así también se sugiere el uso de insulina en forma oportuna, para evitar las complicaciones posteriores que pudieran repercutir en la calidad de vida de los pacientes, sobre todo las enfermedades cardiovasculares.
3. El trabajo de los equipos interdisciplinarios en la atención del paciente diabético es de vital importancia, puesto que ésta enfermedad puede tener múltiples complicaciones, por lo cual se sugiere el trabajo conjunto, ya que de esta forma se puede mejorar en forma significativa las condiciones metabólicas, evitar complicaciones a largo plazo y por ende mejorar la calidad de vida y mantenerla por más tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez DJ. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria. 2001 enero: Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>. Consultado en mayo de 2009.
2. Servicio Canario de la Salud Anexo VII Diabetes Mellitus. American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations, 23. Diabetes Care 2000; 23: 4-19.
3. Frenk, MJ, Ruelas BE, Tapia CR, Castañón RR, León-May E, Guido B, y cols. Programa de Acción: Diabetes Mellitus. 1ª edición, México 2001; 9-57.
4. BournDm, et al. Impaired glucose tolerance an NIDDM: Does a lifestyle intervention program have an effect?. Diabetes Care 1994; 17:1311-1319.
5. Barranco CH. Diabetes y calidad de vida. Sección Salud 2007 diciembre; 3: Available from URL: http://www.radionuevas.icrt.cu/secciones/salud_111207_2.asp. Consultado en octubre de 2009.
6. Frenk MJ, Ruelas BE, Tapia CR, Castañón RR, León-May E, Guido B, et al. Programa de Acción: Diabetes Mellitus 2001; 9-57.
7. Sagaró N, Sánchez GD. Pie diabético, elementos básicos para el estudiante de medicina. 2005 noviembre. Disponible en: URL: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEFEyVEpplrVgPufHI.php>. Consultado en mayo de 2009.
8. MENDEZ LD. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284.
9. RODRIGUEZ MM, Guerrero RJ. Importance of family support in the control of glycemia. Salud Pública Mex 1997; 39: 44-47.
10. Ríos CJ, Sánchez SP, Barrios SV, Guerrero S. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 109-116.
11. Velarde J, Ávila FC. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002; 44 (4): 349-361.

12. López CJ, Rodríguez MR. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México* 2006; 48 (3): 200-211.
13. Pagán SR. Calidad de vida. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Disponible en: URL: <http://www.cuiss.buap.mx/articulos.htm>. Consultado en septiembre de 2009.
14. Gómez VM, Sabehe EN. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de integración en la comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: URL: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>. Consultado en septiembre de 2009.
15. Cárdenas VV, Pedraza LC, Lerma CR. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL* 2005; 3 (3): 350-357.
16. Robles GR, Cortázar J, Sánchez SJ, Páez AF, Nicolini SH. Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema* 2003; 15 (2): 247-252.
17. Jansá M. Calidad de vida en personas con diabetes según las encuestas nacionales de salud. 2009. Disponible en: URL: <http://www.forumclinic.org/enfermedades/la-diabetes/actualidad/calidad-de-vida-en-personas-con-diabetes-segun-las-encuestas-nacionales-de-salud>. Consultado en septiembre de 2009.
18. Diccionario de la lengua española. Editorial Espasa; Vigésima segunda edición. Disponible en: URL: <http://www.rae.es/rae.html>. Consultado en octubre de 2009.
19. Diccionario terminológico de ciencias médicas. Salvat Editores SA. 12 edición. 1988.
20. Hernández M, Garrido M, López M. *Epidemiología Moderna*. Ediciones Díaz de Santos SA. Diseños de estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*; 2000. 144-154.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: Determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar el cuestionario que el investigador me proporcionará y llenaré todos los espacios con los datos solicitados.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer cuál es la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorga en el Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Mónica Enríquez Neri Matricula 5399548
Nombre, firma y matrícula del investigador

CLAVE 2810-003-002

CUESTIONARIO PARA VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y EPIDEMIOLOGICAS

El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer las variables sociodemográficas y epidemiológicas de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro que refleje mejor su respuesta a cada una de las preguntas señaladas. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica *responder todas las preguntas.*

a. Sexo: Hombre () Mujer ()			
b. Edad: _____ años			
c. OCUPACIÓN:			
Obrero ()	Empleado ()	Propietario/ Empresario ()	
Desempleado ()	Jubilado/Pensionado ()	Ama de casa ()	
d. Estado Civil:			
Soltero(a) ()	Casado(a) ()	Divorciado (a) ()	
Viudo (a) ()	Unión libre ()		
e. Escolaridad:			
Sin escolaridad ()	Primaria ()	Secundaria ()	Preparatoria ()
Universidad ()	Postgrado ()		
f. Tiempo de evolución de la enfermedad: _____			
g. Usted toma pastillas para el control de su diabetes mellitus tipo 2?			
Si ()		No ()	
h. Usted sabe que pastillas utiliza para el control de su diabetes mellitus tipo 2?			
Si ()		No ()	
Glibenclamida ()	Metformina ()	Acarbosa ()	
i. Usted utiliza algún tipo de insulina para el control de su diabetes mellitus tipo 2?			
Si ()		No ()	
j. Usted sabe qué tipo de insulina utiliza para el control de su diabetes mellitus tipo 2?			
Si ()		No ()	

NPH (Intermedia) ()	Rápida ()	Glargina ()
k. Usted realiza algún tipo de dieta para el control de su diabetes mellitus tipo 2?		
Si () No ()		
l. Usted realiza ejercicio en forma regular (al menos 30 minutos y mínimo 3 veces por semana) para el control de su diabetes mellitus tipo 2?		
Si () No ()		
m. Usted padece Hipertensión arterial?		
Si () No ()		
n. Usted tiene problemas con el colesterol, triglicéridos o ácido úrico?		
Si () No ()		
o. Usted padece alguna enfermedad cardiovascular (problemas del corazón)?		
Si () No ()		
p. Usted padece sobrepeso u obesidad?		
Si () No ()		
q. Usted padece de nefropatía diabética (problemas del riñón)?		
Si () No ()		
r. Usted padece retinopatía diabética (problemas de los ojos)?		
Si () No ()		
s. Usted padece neuropatía diabética o pie diabético?		
Si () No ()		

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo.

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

Se le suplica *responder todas las preguntas*.

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

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

6. Estar preocupado(a) por su futuro

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

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

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

 Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad
 Nada afectada en absoluto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Sumamente afectada
14. Tener diabetes
 Nada afectada en absoluto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Sumamente afectada
22. Sentirse triste o deprimido

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

24. Tener bien controlada su diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

25. Complicaciones debidas a su diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

Calificación global

40. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida Mínima calidad

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

 Máxima calidad

41. Por favor, marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes

Ninguna gravedad

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

 Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas