



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 58 LAS MARGARITAS, ESTADO DE MEXICO.

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES  
DIABÉTICOS TIPO 2.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. EVA ESMERALDA CASTILLO SANCHEZ**

EDO. MEX.

2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS  
TIPO 2..**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

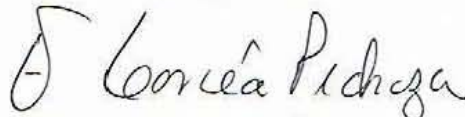
PRESENTA

**DRA. EVA ESMERALDA CASTILLO SANCHEZ**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ALUMNO: EVA ESMERALDA CASTILLO SANCHEZ

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS TIPO 2

AUTORIZACIONES



DR CESAR CARLOS LOPEZ GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58 "LAS MARGARITAS"



DR MARGARITO DE LA TORRE LOPEZ

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58

DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"LAS MARGARITAS"



TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

2012

## **INDICE**

<b>1.- Antecedentes.....</b>	<b>5</b>
<b>2.- planteamiento del problema.....</b>	<b>10</b>
<b>3.- Objetivos.....</b>	<b>11</b>
<b>4.- Justificación.....</b>	<b>12</b>
<b>5.- Hipótesis.....</b>	<b>13</b>
<b>6.- Material y métodos.....</b>	<b>13</b>
<b>7.- Diseño del estudio.....</b>	<b>14</b>
<b>8.- Criterios de inclusión.....</b>	<b>15</b>
<b>9.- Tamaño de la muestra.....</b>	<b>16</b>
<b>10.- Resultados.....</b>	<b>22</b>
<b>11.- Gráficas.....</b>	<b>25</b>
<b>12.- Discusión.....</b>	<b>39</b>
<b>13.- Conclusión.....</b>	<b>40</b>
<b>14.- Bibliografía.....</b>	<b>42</b>
<b>15.- Anexos</b>	
<b>Anexo 1 hoja de consentimiento informado.....</b>	<b>43</b>
<b>Anexo 2 instrumento.....</b>	<b>44</b>

## **ANTECEDENTES**

El Envejecimiento, es un proceso ineludible y gradual que se manifiesta principalmente, por cambios morfológicos y fisiológicos como consecuencia de la acción del tiempo sobre los individuos. (1) La OMS, considera a una persona de la Tercera Edad a los adultos mayores que se encuentren con más de 60 años de edad.

El porcentaje de personas de la Tercera Edad, se ha incrementado de manera importante; actualmente en el mundo hay más de 416 millones. En España la proporción de adultos mayores ha pasado de 5.2% en 1900 a 15.1% en 2001 y, según las previsiones, para el año 2015 esta será de 20.3%. En Chile, en 1992, constituían 10% de la población, para el 2015 representaran el 16%. En Estados Unidos, en 1995 aproximadamente eran 33.5 millones de personas mayores de 65 años, y hacia el 2030 habrá 70 millones. (2)

En México, entre 1990 y 2005, la población total incrementó a una tasa de 1.43% promedio anual, el grupo de edad de 60 años y más lo hizo a un 3.11 por ciento. En el 2007, se encontraron que los Estados de la República Mexicana, en donde se encuentran más de adultos mayores son el Distrito Federal (10.1%), Zacatecas (9.4%), Oaxaca (9.4%) y Nayarit (9.3%); en tanto que Quintana Roo presenta una proporción de 4.2 por ciento, seguido de Baja California, Baja California Sur y Chiapas que alcanzan una proporción de 6.2 por ciento. En el 2010 se reportaron 9.4 millones de adultos mayores, lo que representa 8.7% de la población total, es decir, un punto porcentual más respecto a 2005. Con lo anterior, la tasa de crecimiento promedio anual de este grupo es de 3.47% en 2005-2007 a 3.59% entre 2007 y 2010(3) se estima, que para los años 2050, 1 de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años. (2)

La Mortalidad en México el año 2000, fue de 217 84 defunciones en Adultos Mayores de 60 años, las principales causas fueron las Enfermedades Cardiacas, Diabetes Mellitus, Neoplasia y Enfermedad Vascolar. En 2001 las defunciones aumentaron 224 068 cuyas causas fueron las Enfermedades Cardiacas, los

Tumores Malignos y la Diabetes, los Accidentes, Enfermedades Hepáticas y Cerebro vasculares. En el 2005 se registraron 300 045 defunciones de personas de 60 años y más, el 60.6% del total de fallecimientos asentados. Las principales causas de Mortalidad de la población Adulta Mayor son las Enfermedades del Corazón, Diabetes Mellitus, los Tumores Malignos y padecimientos Cerebro Vasculares; en conjunto, fueron causa del 59.6% de las defunciones. (3)

La Federación Internacional de Diabetes (FID) calcula que para el año 2030, la cifra será de 438 millones de diabéticos en el mundo (1), casi el 6% de la población adulta de la tierra, con especial incidencia en países en vías de desarrollo. Los países con más pacientes diabéticos son: India (40.9mill), China (39.8 millones), Estados Unidos (19.2 millones), Rusia (9.6 millones) y Alemania (7.4 millones).Actualmente México ocupa el noveno lugar en el mundo con 6.1millones de diabéticos. Para 2025 la FID estimó que contará con 10.8 millones de personas. Es decir ocupará el sexto lugar mundial. (4)

La FID estimó en 2007 3.8 millones de muertes en todo el mundo por causa de la diabetes, cada 10 segundos muere una persona por causas vinculadas a esta enfermedad. Esta es una de las pocas enfermedades que afecta más a mujeres que a hombres, en 2005: las defunciones del género femenino fueron 17.5% más que las del masculino. La Diabetes Mellitus es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal crónica y de amputación no traumática de miembros inferiores, condiciona muertes prematuras e implica costos de atención y hospitalización. (4,5).

La Diabetes Mellitus es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud y una de las entidades que genera mayores demandas psicológicas y conductuales por parte del paciente, ya que gran parte de su manejo es conducido por este. (6) La Diabetes Mellitus describe un desorden metabólico de etiología múltiple, caracterizado por hiperglicemia crónica, con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Es una enfermedad dual caracterizada en primer lugar por la resistencia a la insulina, pero también por la falla progresiva de la función de las células beta de los islotes pancreáticos. Su diagnóstico se basa principalmente en criterios clínicos

(síntomas de poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso) más una glicemia casual en plasma venosa igual o mayor a 200 mg/dl o glicemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl. O bien una glicemia media en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia a la glucosa

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y los estilos de vida de los individuos, como factor priorizado para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre, y especialmente, de los grupos más vulnerables, entre ellos, los ancianos.(7) en el caso que nos ocupa, definiremos calidad de vida como la percepción personal que tiene un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”(12 ). Desde el punto de vista médico, la calidad de vida puede ser tomada en cuenta en relación a que el individuo tiene relaciones interpersonales satisfactorias y funcionales para su estado emocional, en este caso, el anciano debe de poder desarrollarse en una sociedad de forma tal que le sea satisfactoria. Otra forma de medir la calidad de vida en el anciano es la posibilidad de realizar sus actividades diarias sin limitaciones, sin ayuda de terceros o siendo esta mínima. Por último la calidad de vida en el anciano y en la población en general se toma en cuenta en el momento en que se encuentra con un bienestar mental como resultado de su interacción con su medio y la sociedad, es decir los dos parámetros anteriores (13)

Las condiciones de vida estresantes que se hacen duraderas y dañan la calidad de vida pueden afectar la relación psico-biológica, que es la vía utilizada por las descargas emocionales y los estados afectivos y duraderos, haciendo posible que se produzcan alteraciones bioquímicas, fisiológicas e inmunológicas que participan en la gestación de enfermedades. Es importante resaltar que la percepción sobre la calidad de vida de una persona, si es buena y expresa cierta realización personal o



conformidad apoyada en su sentido personal, puede contrarrestar los molestos efectos o los temores provenientes de las enfermedades. (7)

Cuando la DM está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, pero es posible promover el bienestar y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia, y modificando los factores de riesgo cardiovascular. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital que las personas asuman sus nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los abates propios de la afección. (7)

En el paciente diabético la calidad de vida está relacionada con el control metabólico, el que a su vez, depende de múltiples factores psicosociales y conductuales. En el paciente geriátrico, en particular, a la depresión, la ansiedad y los sentimientos de indefensión, frecuentes en esta edad, se suman temores por su condición de diabético, lo que puede incidir negativamente en su estado psíquico y conducirlo al descontrol metabólico.(7)

Son varias las áreas que conforman la respuesta adaptativa: la percepción de la severidad de la enfermedad, su repercusión psicológica, las molestias asociadas, las barreras para el cumplimiento del tratamiento y la conducta de salud. Entre los factores capaces de modificar la expresión de dicha respuesta se destacan: la edad avanzada, el deterioro cognitivo, la comorbilidad, el deterioro de la capacidad funcional, la depresión y el apoyo social. (6).

Como en muchos casos los médicos nos hemos percatado de la necesidad de medir de forma objetiva la apreciación de la calidad de vida en nuestros pacientes, en este caso, hemos encontrado un instrumento para medir la calidad de vida en diabetes (IMEVID) elaborado en 2003 por López y cols. El cual es un instrumento que fue aplicado en el estado de México, que consta de 25 ítems ordenados en siete dominios que evalúa el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, nutrición, actividad física, consumo de tabaco, de alcohol, información sobre diabetes, emociones, y adherencia terapéutica, y se califica puntuando de 0 al 100,

las mayores calificaciones son indicativas de un mejor estilo de vida, El impacto en el estilo de vida se midió mediante el cuestionario que cuenta con 3 opciones de respuestas con 25 ítems con los siguientes valores: 0 : nunca o frecuente, 2: algunas veces, 4: siempre todos los días. Los factores fueron calificados de la siguiente manera: menos de 60 puntos: desfavorable, de 60 a 80 puntos: poco favorable y más de 80 puntos: favorable. (13)

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La calidad de vida está directamente relacionada entre otras cosas, con la aparición y la evolución de algunas de las enfermedades como la diabetes; de igual forma la modificación de los factores del estilo de vida puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural o en su defecto, pueden agravar las condiciones de vida. En lo que respecta la UMF 65 de rio hondo Naucalpan, hemos observado que nuestra población es notoria la mala calidad de vida, manifestándose, en ancianos que acuden sin compañía de otros familiares, descontrol metabólico en los a pesar de que se les dan indicaciones higiénicas dietéticas reiterativas, se les modifica consulta a consulta el manejo farmacológico, y sin embargo nos percatamos que a pesar de nuestros esfuerzos no conseguimos impactar en su control metabólico, ya sea por qué no entienden las instrucciones, o bien porque otros asuntos familiares, sociales, e incluso laborales alteran su atención hacia su padecimiento, y es de interés en este estudio por lo que se realiza la siguiente pregunta :

¿Cuál es la calidad de vida en los Adultos Mayores Diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No 65 del IMSS?

## **II. OBJETIVO GENERAL.**

Analizar la calidad de vida en adultos mayores Diabéticos tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar No 65 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **III. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Identificar si los pacientes Adultos Mayores Diabéticos Tipo 2 realizan ejercicio físico.
- Identificar si los pacientes Adultos Mayores Diabéticos Tipo 2 realizan una alimentación adecuada.
- Demostrar si los pacientes Adultos Mayores Diabéticos Tipo 2 cumplen con su tratamiento
- Identificar si los pacientes Adultos Mayores Diabéticos Tipo 2 les interesa saber su condición de salud y la forma de cuidarse.
- Describir las características demográficas de los sujetos de estudio.

#### **IV. JUSTIFICACION**

La calidad de vida del paciente diabético depende, en gran medida, de la adquisición de comportamientos saludables. Esto permite evitar al máximo trastornos y problemas que se dan en la vida cotidiana. Enfrentarse a una enfermedad crónica como la Diabetes Mellitus constituye un reto importante para la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. La Diabetes Mellitus es una enfermedad que podría ser prevenida, en algunos casos, a partir de hábitos y comportamientos saludables, los cuales forman parte de un adecuado estilo de vida.

El motivo de realizar el estudio en el adulto mayor diabético tipo 2 es porque nuestra población de la unidad de medicina familiar , está conformada por pacientes geriátricos diabéticos de los que corresponden al 12% aproximadamente de la población total, y así poder dar una mejor atención incidiendo en factores modificables. Y porque no existen tantos estudios como para darnos una visión ampliada del paciente geriátrico diabético tipo 2 y su calidad de vida.

## **V. HIPOTESIS**

Si el Paciente Adulto Mayor Diabético Tipo 2 tiene una buena calidad de vida entonces aumentara su esperanza de vida y disminuiremos las complicaciones.

## **VI. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

### **LUGAR DEL ESTUDIO.**

El presente trabajo se realizara en la Unidad de Medicina Familiar número 65 Rio Hondo del Instituto Mexicano del Seguro Social, con domicilio en Avenida Huixquilucan número 1, colonia Buena Vista, Naucalpan, Estado de México. Con vía de acceso poco accesible en transporte público y privado por avenida Huixquilucan en sus dos extremos. La clínica cuenta con estacionamiento propio limitado al personal laboral, 10 consultorios con población adscrita y 1 consultorio de apoyo, trabajo social, medicina preventiva, y servicio de atención medica continua con apoyo de traslados en ambulancia en turno matutino y vespertino, servicios de laboratorio, Rayos X, Estomatología, Epidemiología y Nutrición en turno matutino. Además de área de gobierno y enseñanza con un aula con capacidad de veinte personas. Cada consultorio cuenta con material humano que consta de un médico familiar y una asistente médica, además de equipamiento físico que consta de una mesa de exploración , lavamanos esfigmomanómetro, estuche de diagnóstico , pinar, termómetro, cinta métrica, guantes, abate lenguas, torundas, escritorio, computadora, impresora, máquina de escribir de carro , cartas para valoración de agudeza visual , pesa con estadiómetro, negatoscopio y estantería . La población adscrita de la UMF 65 urbana en un total de 54,100 derechohabientes , de los cuales 25,613 son pacientes masculinos y 28,487 son pacientes femeninos , de los cuales corresponden 7,037 derechohabientes de 60 y más años de edad.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Observacional: se concreta en observar las circunstancias de la forma natural en que se presenta la enfermedad. En el caso de este estudio, nos limitaremos a observar los hallazgos que arroje nuestro instrumento.

Prospectivo: cuando el estudio se inicia en un punto en el tiempo y a partir de ese momento se empieza a coleccionar los datos en el caso de nuestro estudio, realizaremos la aplicación de nuestro instrumento a partir de un punto en el futuro

Transversal: se realiza una sola medición en nuestro estudio tomaremos solo como única medición el momento en que el paciente responda los reactivos de nuestro instrumento.

Descriptivo: describe las características de la población y una muestra de ella. En el caso de nuestro estudio, describiremos los hallazgos de cada uno de los siete apartados que mide nuestro instrumento

## **GRUPO DE ESTUDIO.**

Se captará pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de sesenta años de edad y más, realizándole la encuesta de calidad de vida relacionada a la salud en la UMF 65 Rio Hondo del Instituto Mexicano del Seguro social de los pacientes que acuden a control mensual de su padecimiento.

## **VII. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que sean Derecho-Habientes.
- Pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2
- Mayores de 60 años de edad.
- De ambos turnos.
- Que estén acompañados por algún familiar

## **VIII. CRITERIO DE EXCLUSION**

- Paciente con trastorno psiquiátrico
- Paciente con complicaciones las cuales repercutan de forma obvia en su calidad de vida.

## **IX. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Que no acepten realizar la encuesta.
- Pacientes que no concluyan el cuestionario



## X. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para este estudio se tomara una muestra poblacional, para la cual se realiza la siguiente formula estadística.

$$\text{Fórmula para la muestra: } n_0 = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

En donde se sustituye para la obtención de la muestra de la siguiente forma:

$$n_0 = \frac{Z^2 pq}{E^2} (2.055)^2 (0.25) / 0.06 = 226$$

En dicha fórmula tome los valores a continuación detallados:

$$Z = 2.055 \text{ (96\%)}$$

$$q = 0.25$$

$$p = 0.75\%$$

$$E = 0.06 \text{ (6\%)}$$

A continuación explico el significado de cada letra:

$n_0$ : tamaño de la muestra

Z: nivel de confianza

p y q: variabilidad del fenómeno en términos de la proporción de la población objeto de estudio que se estima tiene una característica determinada.

E: precisión que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Al analizar nuestra ecuación para determinar el tamaño de la muestra se obtuvo una muestra de la población de 226, que a esto se le sumara el 20% por el porcentaje de posibilidad de pacientes que no cumplan para que mi muestra sea considerada como tal dando 226, obteniéndose una muestra de 271.2.

Ajustándose la muestra a 272 pacientes para su aplicación.

Análisis de resultados.

Para el análisis de resultados se llevaran a cabo con estadística descriptiva, utilizándose frecuencia, media, mediana.

DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	MEDICION
Calidad de vida	Designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida.	Condición en que un paciente vive y realiza sus actividades cotidianas y se desarrolla en su entorno	Dependiente, Cualitativa nominal	De acuerdo al instrumento
Diabetes Mellitus	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia secundaria a defectos secreción, acción de la insulina o ambas.	Paciente con diagnóstico de dm2 tipo 2 manifestada en el expediente clínico al momento del estudio.	Cualitativa nominal	Mg/dl
Pacientes de la Tercera Edad	Personas mayores de 60 años de edad.	Pacientes más 60 años de edad.	independientes cualitativa nominal	años

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	MEDICION
Edad	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.	Tiempo transcurrido en años en la vida de un ser humano	Cuantitativa Ordinal	Años
Sexo	Se refiere nada más que a la división del género humano en dos grupos : mujer o hombre	Diferencia entre mujer y hombre	Cualitativa	Masculino Femenino
Estado civil	Situación de las personas, determinada por sus relaciones de familia proveniente del matrimonio.	Condición de acuerdo a si el paciente se cuenta sin pareja o con pareja en relación a la ley	cualitativa, nominal	Caso soltero, divorciado Viudo
Escolaridad	Tiempo durante en que un alumno asiste a la escuela o centro de enseñanza.	Grado de estudios del individuo	Cualitativa ordinal	Grados de estudio
Ocupación	Empleo, oficio.	A que se dedica o que actividad desempeña la persona en estudio.	Cualitativa nominal	Ama de casa desempleado, jubilado, etc.

## DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO;

Se solicitará la autorización pertinente al director de la UMF No 65 para la recolección de los datos, que va a estar dado por un encuestador que en este caso es el propio investigador, se aplicarán el cuestionario en los turnos matutino y vespertino, de la UMF 65 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en un espacio destinado para dicho fin (consultorio de apoyo) se realizarán 272 cuestionarios de una población total de 1067 pacientes, se aplicarán 6 cuestionarios diarios 3 del turno matutino y 3 del turno vespertino, el tiempo aproximado de para la aplicación es de tres meses, al terminar la aplicación de los cuestionarios, se hará recopilación de datos, para posteriormente análisis de los mismos con metodología de estadística básica en Excel y presentación del trabajo, todo esto previa autorización del mismo.

## ANALISIS DE DATOS.

El estudio se va a realizar por el programa de Excel para estadística básica ya descrita anteriormente.

## INSTRUMENTO.

El instrumento para medir la calidad de vida en diabetes (IMEVID), fue elaborado en 2003 por López – Carmona, Ariza – Andraca, Rodríguez – Moctezuma, y Munguía – Miranda; el IMEVID es un instrumento de 25 reactivos cerrados con opciones de respuestas (con puntuaciones 0, 2 ó 4) que se agrupan en siete dominios que evalúan el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica y se califica puntuando del 0 al 100. Mayores calificaciones del IMEVID son indicativas de un mejor estilo de vida. El

análisis de su construcción indicó una consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y una consistencia externa test – retest mediante coeficiente de correlación de Spearman altas, siendo una herramienta útil con fines clínicos y de investigación relacionada con la diabetes. El impacto en estilo de vida se medirá con este cuestionario (IMEVID), este instrumento consta de 25 ítems con 3 opciones de respuestas con los siguientes valores: 0: nunca o frecuente, 2: algunas veces, 4: siempre todos los días, para obtener un total de 100 puntos. Los factores que evalúa son: nutrición, actividad física, toxicomanías, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento terapéutico. Los factores reciben la siguiente calificación de acuerdo al puntaje obtenido: menos de 60 puntos: desfavorable, de 60 a 80 puntos: poco favorable, y más 80 puntos favorable.

## **XI. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS**

Este estudio es factible ya que se aplicara en una unidad de primer nivel, que cuenta con la infraestructura necesaria para este tipo de estudio, apoyo de las autoridades de la clínica, además de que el grupo de estudio pertenece a los grupos prioritarios dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se tiene acceso fácilmente a esta población ya que cada mes acuden a control.

Dentro de los aspectos éticos se rescata de los postulados de Núremberg (1964), la participación voluntaria de los sujetos de investigación, así como la suspensión del estudio en cualquier momento que lo desee el sujeto de estudio. De la declaración de Helsinki, la investigación se basa en principios científicos, el protocolo se clasifica por un comité aprobado, con asesoría de personas especialistas competentes en la materia prevalece la seguridad y confidencialidad de las personas participantes en el estudio, respetando su integridad física, mental y social; se aplicara el consentimiento informado sin coacción. En los principios de la declaración Universal sobre bioética y Derechos humanos del 19 de Octubre del 2005 se rescata en este estudio la privacidad y confidencialidad, respecto a la vulnerabilidad e integridad personal, todo

esto tomado en cuenta por tratarse de un estudio como ya se describió de tipo observacional. Se hace énfasis en que se va a realizar un documento de consentimiento informado para este estudio considerando preguntas básicas de fácil comprensión y sin tener intervenciones de tipo experimental.

## **XII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.**

Los Recursos Humanos; un investigador (Medico Investigador).

Los Recursos Físicos; hojas de papel bond, un cartucho de tinta negra, un equipo de computación e impresora cuestionarios y lapiceros.

Los Recursos Financieros; Suficiente y necesario para el desarrollo de la investigación, serán solventados por propio investigador.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 226 encuestas sobre calidad de vida en el adulto mayor Diabético tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social no. 65 Río Hondo, Naucalpan, Estado de México.

En cuanto al sexo tenemos que 154 (68.1%) son mujeres y 72 (31.9%) son hombres. (Grafica 1).

Con respecto al grupo de edad encontramos que de 60 a 65 son 74 pacientes (32.7%), de 66 a 70 son 66 pacientes (29.2), de 71 a 75 son 44 pacientes (19.5%), DE 76 a 80 son 30 pacientes (13.3%), de 81 a 85 son 10 pacientes (4.4%) y de 80 a 90 son 2 pacientes (0.9%). (Grafica 2).

Encontramos que en la escolaridad tenemos analfabetas 24 (10.6%), sin estudios pero saben leer 61 (27%), primaria 116 (51.3), secundaria 14 (6.2), preparatoria 1 (.4%), carrera técnica 10 (4.4%). (Grafica 3).

Con respecto a la ocupación encontramos que amas de casa son 146 (64.6%), desempleados 51 (22.6%), empleados 26 (11.5%), empresarios 3 (1.3%). (Grafica 4).

En cuanto al estado civil tenemos que casados son 125 que corresponde al (55.3%), divorciados son 6 (2.7%), solteros son 7 (3.1%), unión libre son 16 (7.1%), viudos son 54 (23.9%). (Grafica 5).

Encontramos que la calidad de vida en el adulto mayor Diabético tipo 2 es de la siguiente manera 134 pacientes (59.3%) tienen una calidad de vida desfavorable, 75 pacientes (33.2%) tienen una calidad de vida poco favorable y solo 17 pacientes (7.5%) tiene una calidad de vida favorable. (Grafica 6)

Encontrándose que la calidad de vida vs sexo , se observo que el sexo femenino tiene una calidad de vida desfavorable en 94 pacientes, poco favorable 46 pacientes, y 14 pacientes favorable. En el sexo masculino tenemos que calidad de vida desfavorable son 40 pacientes, poco favorables fue de 29 pacientes y 3 pacientes con calidad de vida favorable. (Grafica 7).

Observamos que la calidad de vida vs la edad fue de la siguiente manera: Desfavorable: 37 pacientes de 60 a 65, 41 pacientes de 66 a 70, 29 pacientes de 71 a 75, 20 pacientes de 76 a 80, 6 pacientes de 81 a 85, 1 paciente de 86 a 90. Poco favorable: 30 pacientes de 60 a 65, 19 pacientes de 66 a 70, 13 pacientes de 71 a 75, 8 pacientes de 76 a 80, 4 pacientes de 81 a 85, 1 pacientes de 86 a 90. Favorable: 7 pacientes de 60 a 65, 6 pacientes de 66 a 70, 2 pacientes de 71 a 75, 2 pacientes de 76 a 80, de 81 a 90 no se tienen pacientes. (Grafica 8).

La calidad de vida vs la escolaridad se encontró de la siguiente manera: Desfavorable analfabetas fueron 12 pacientes, sin estudios pero saben leer 35 pacientes, primaria son 72 pacientes, secundaria 9 pacientes, preparatoria 1 paciente, carrera técnica 5 pacientes, Poco favorable: analfabetas 12 pacientes, sin estudios pero saben leer 26 pacientes, primaria son 30 pacientes, secundaria 5 pacientes, preparatoria 0, carrera técnica 2 pacientes, y en cuanto a calidad de vida Favorable solo encontramos que en primaria 14 pacientes y carrera técnica 3 pacientes. (Grafica 9).

Con respecto a calidad de vida vs ocupación tenemos como Desfavorable a 90 paciente amas de casa, 31 desempleados, 11 empleados, 2 empresarios, en Poco favorable tenemos 42 amas de casa, 19 desempleadas, 14 empleadas y en calidad de vida Favorable: 14 amas de casa, 1 desempleada, 1 empleada, 1 empresario, (Grafica 10).

La calidad de vida vs estado civil la encontramos de la siguiente manera: Desfavorable: casados 76 pacientes, 2 divorciados, 7 separados, 4 solteros, 9 unión libre, 36 viudos, Poco favorable: 40 casados, 1 divorciado, 9 separados, 2 solteros, 7 unión libre, 16 viudos y en calidad de vida Favorable tenemos 9 casados, 3 divorciados, 2 separados, 1 soltero, 2 viudos. (Grafica 11).

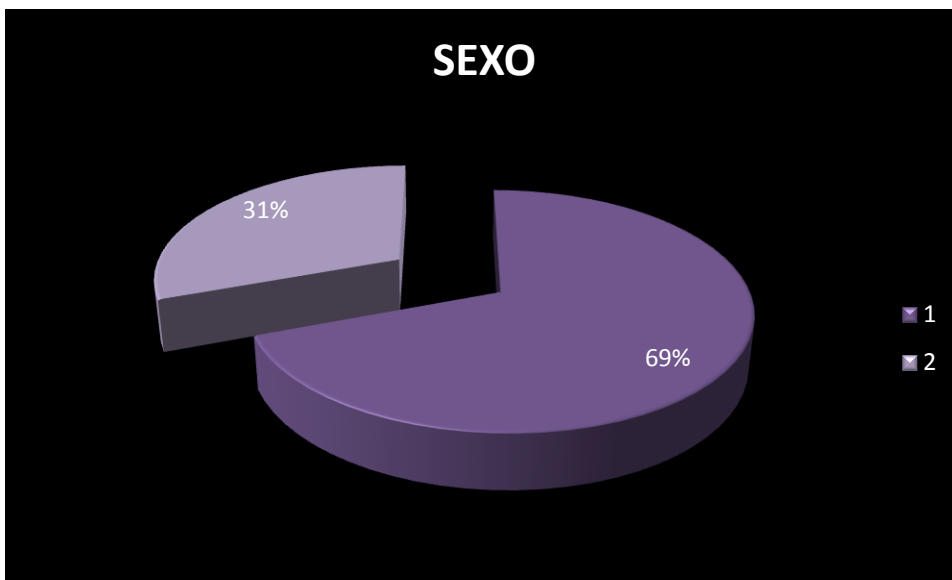
Con respecto a la información de la encuesta dada en 7 dominios encontramos que el dominio de nutrición poco favorable (73%), dominio de actividad física es desfavorable (40%), dominio consumo de tabaco es favorable (93%), dominio de consumo de alcohol es favorable (85%), dominio sobre información sobre Diabetes es desfavorable (28%), dominio de emociones es desfavorables (57%), dominio de adherencia terapéutica es poco favorable (72 %). (Tabla 12).



También pudimos ver en cuanto a calidad de vida por dominio y sexo en donde hombres el dominio de nutrición poco favorables (70%), actividad física desfavorables (46%), consumo de tabaco favorables (86%), consumo de alcohol poco favorable (76%), información sobre Diabetes desfavorable (25%), emociones desfavorable (57%), adherencia terapéutica poco favorable (76%). (Tabla 13).

Tenemos que calidad de vida por dominio y sexo donde las mujeres en el dominio de nutrición reporta poco favorables (74%), actividad física desfavorable (37%), consumo de tabaco favorable (97%), consumo de alcohol favorable (90%), información sobre Diabetes desfavorable (29%), adherencia terapéutica poco favorable (70%). (Tabla 14).

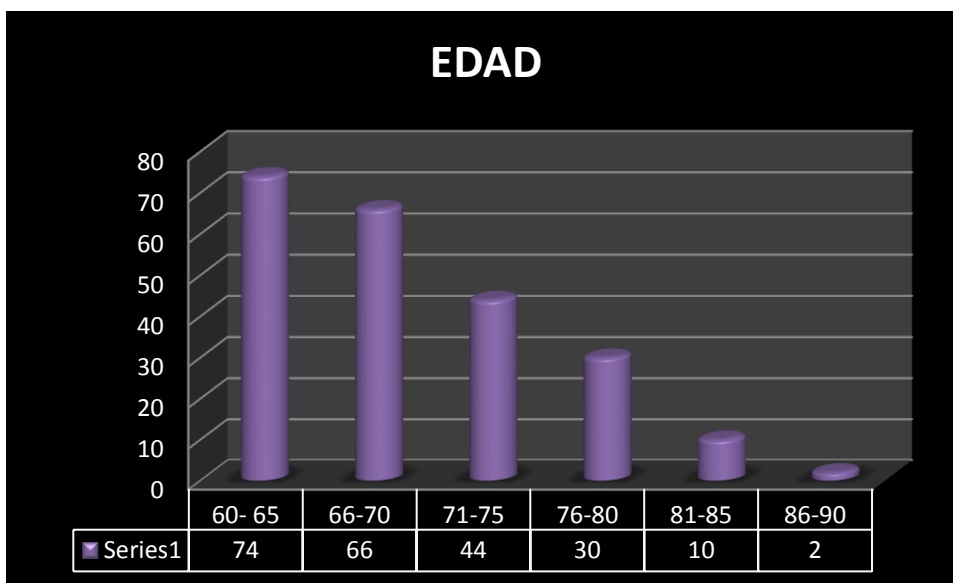
**GRAFICA 1.- DISTRIBUCIÓN POR SEXO.**



**TABLA 1.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
fem	154	68.1	68.1	68.1
masc	72	31.9	31.9	100.0
Total	226	100.0	100.0	

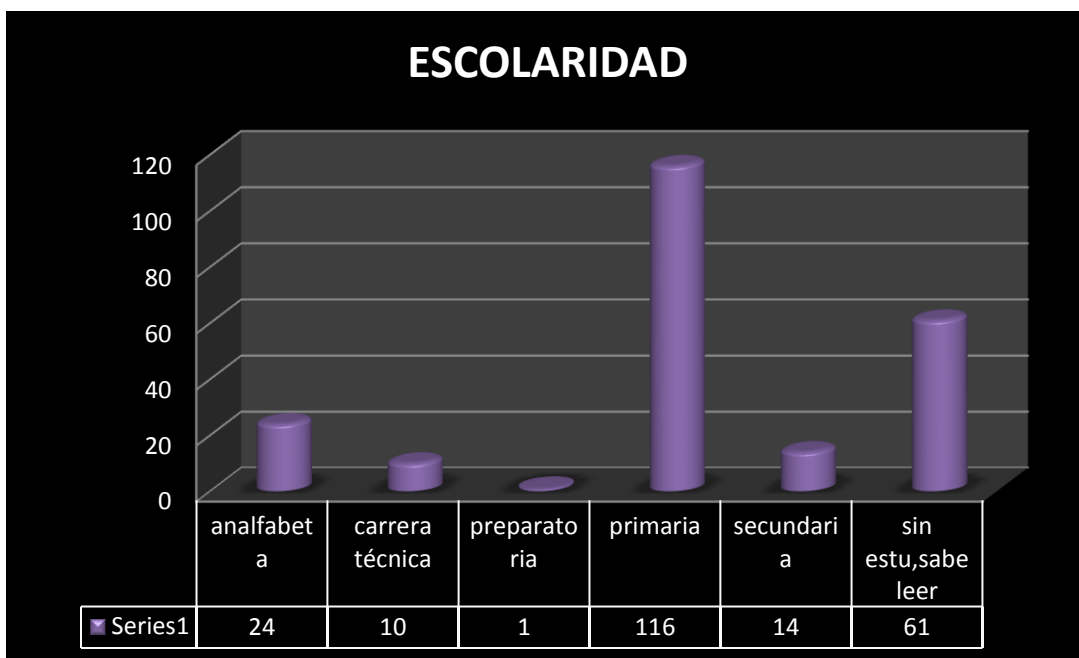
**GRAFICA 2.- DISTRIBUCIÓN POR EDAD.**



**TABLA 2.**

EDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
60-65	74	32.7	32.7	32.7
66-70	66	29.2	29.2	61.9
71-75	44	19.5	19.5	81.4
76-80	30	13.3	13.3	94.7
81-85	10	4.4	4.4	99.1
86-90	2	.9	.9	100.0
Total	226	100.0	100.0	

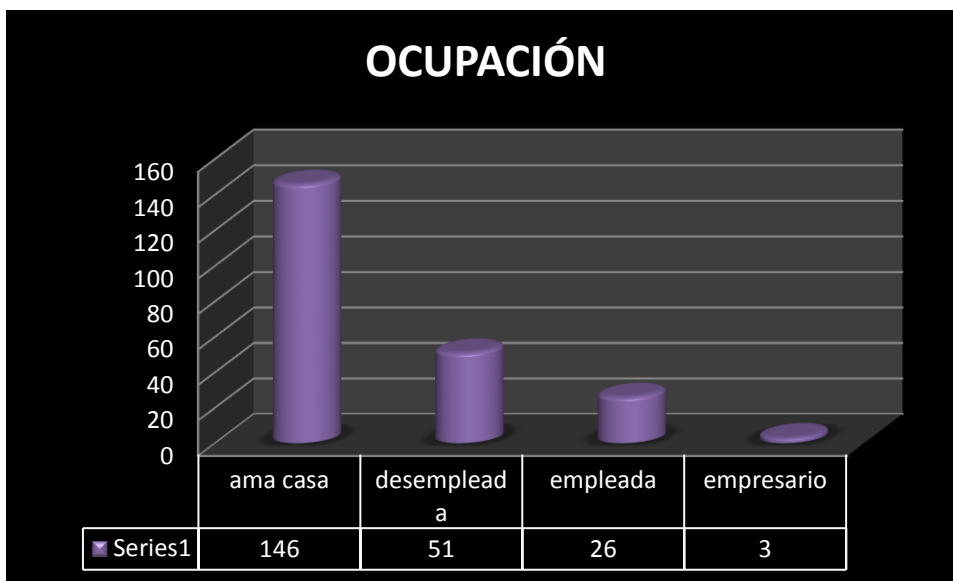
**GRAFICA 3.- DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD.**



**TABLA 3**

ESCOLARIDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
analfabeta	24	10.6	10.6	10.6
carrera técnica	10	4.4	4.4	15.0
preparatoria	1	.4	.4	15.5
primaria	116	51.3	51.3	66.8
secundaria	14	6.2	6.2	73.0
sin estu,sabe leer	61	27.0	27.0	100.0
Total	226	100.0	100.0	

**GRAFICA 4.- DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN.**



**TABLA 4**

**OCUPACIÓN**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ama casa	146	64.6	64.6	64.6
	desempleada	51	22.6	22.6	87.2
	empleada	26	11.5	11.5	98.7
	empresario	3	1.3	1.3	100.0
	Total	226	100.0	100.0	

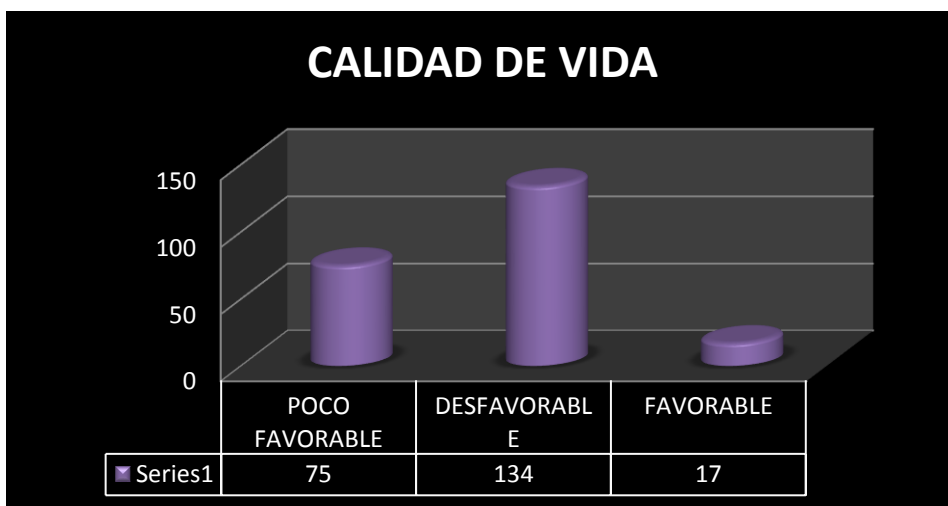
**GRAFICA 5.- DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL.**



**TABLA 5.**

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
casado	125	55.3	55.3	55.3
divorciado	6	2.7	2.7	58.0
separado	18	8.0	8.0	65.9
soltero	7	3.1	3.1	69.0
unión libre	16	7.1	7.1	76.1
viudo	54	23.9	23.9	100.0
Total	226	100.0	100.0	

**GRAFICA 6.- CALIDAD DE VIDA POBLACIÓN TOTAL.**

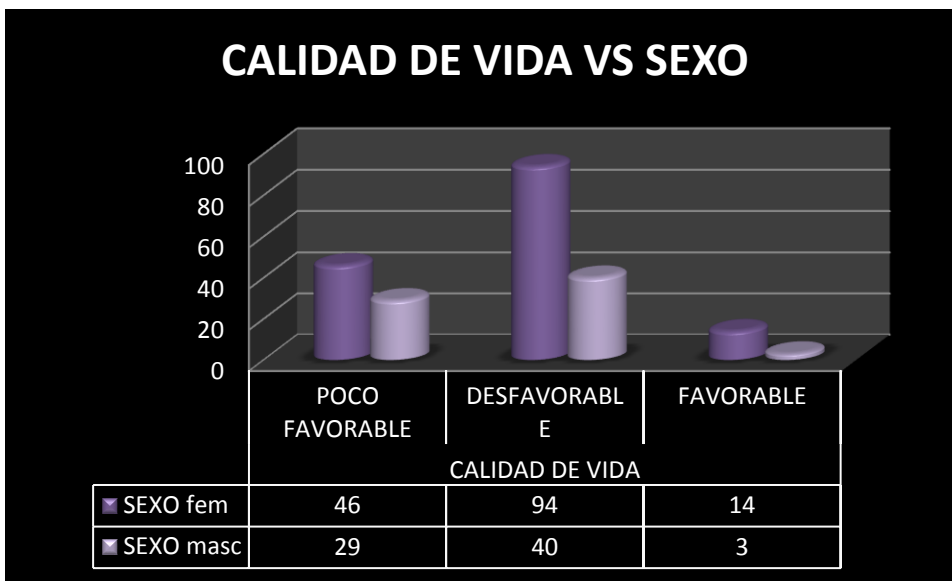


**TABLA 6.**

**CALIDAD DE VIDA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
POCO FAVORABLE	75	33.2	33.2	33.2
DESFAVORABLE	134	59.3	59.3	92.5
FAVORABLE	17	7.5	7.5	100.0
Total	226	100.0	100.0	

**GRAFICA 7.-**



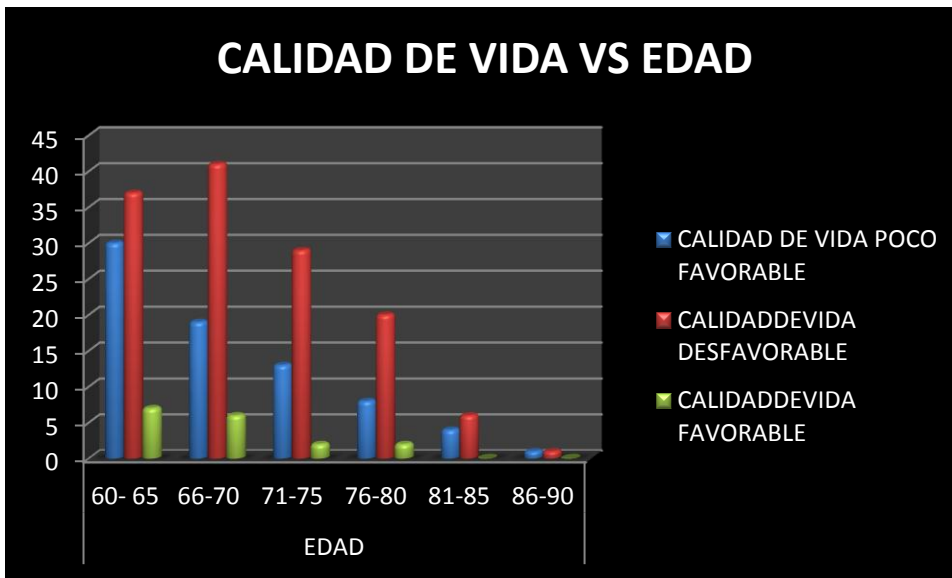
**CALIDAD DE VIDA VS SEXO**

**TABLA 7.**

		SEXO		Total
		fem	masc	
CALIDAD DE VIDA	POCO FAVORABLE	46	29	75
	DESFAVORABLE	94	40	134
	FAVORABLE	14	3	17
Total		154	72	226



**GRAFICA 8.-**

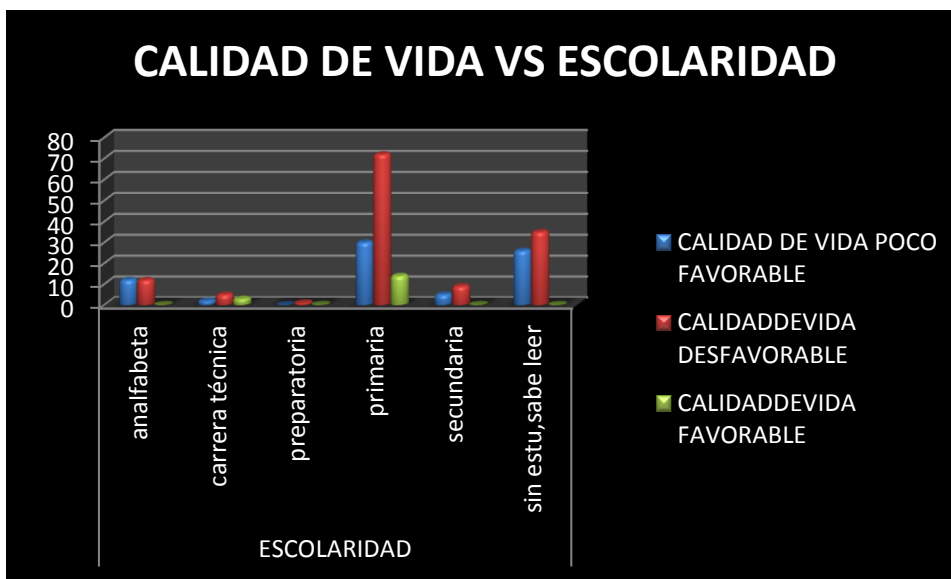


**CALIDAD DE VIDA VS EDAD**

**TABLA 8.**

		EDAD						Total
		60-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	
CALIDAD DE VIDA	POCO FAVORABLE	30	19	13	8	4	1	75
	DESFAVORABLE	37	41	29	20	6	1	134
	FAVORABLE	7	6	2	2	0	0	17
Total		74	66	44	30	10	2	226

**GRAFICA 9.-**

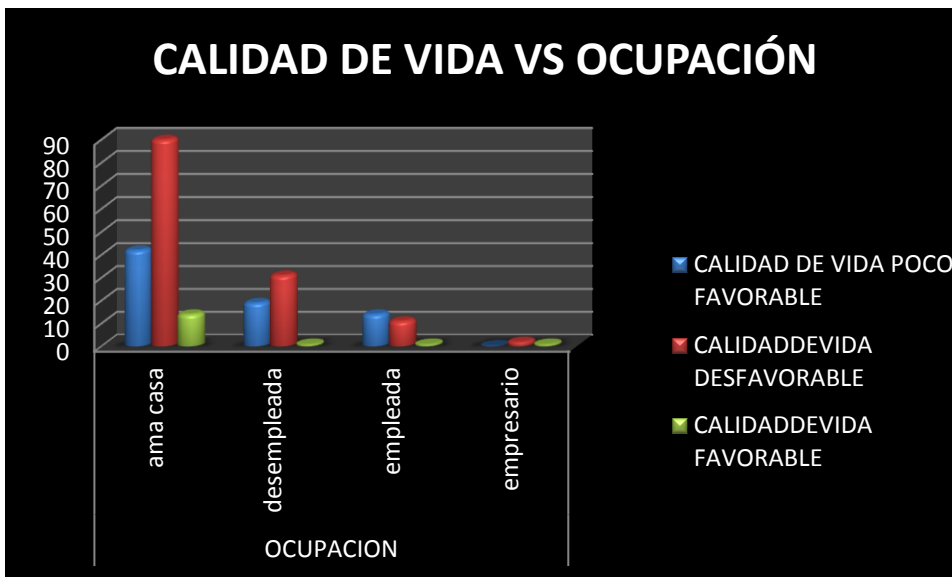


**CALIDAD DE VIDA VS ESCOLARIDAD**

**TABLA 9.**

	ESCOLARIDAD						Total
	analfabeta	carrera técnica	preparatoria	primaria	secundaria	sin estu, sabe leer	
CALIDAD DE VIDA POCO FAVORABLE	12	2	0	30	5	26	75
CALIDAD DE VIDA DESFAVORABLE	12	5	1	72	9	35	134
CALIDAD DE VIDA FAVORABLE	0	3	0	14	0	0	17
Total	24	10	1	116	14	61	226

**GRAFICA 10.-**

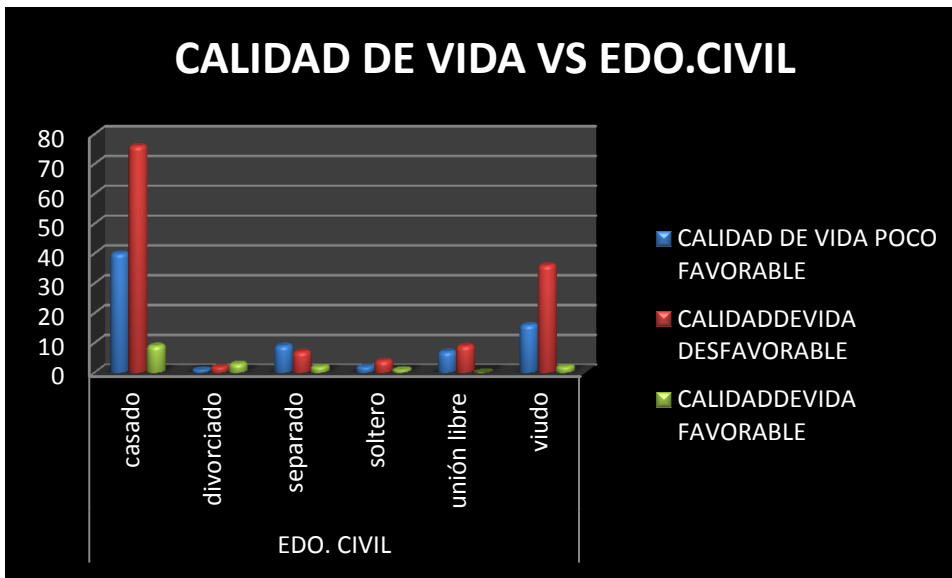


**CALIDAD DE VIDA VS OCUPACION**

**TABLA 10.**

		OCUPACION				Total
		ama casa	desempleada	empleada	empresario	
CALIDAD DE VIDA	POCO FAVORABLE	42	19	14	0	75
	DESFAVORABLE	90	31	11	2	134
	FAVORABLE	14	1	1	1	17
Total		146	51	26	3	226

**GRAFICA 11.-**



**TABLA 11.**

**CALIDAD DE VIDA VS EDO CIVIL**

		EDO. CIVIL						Total
		casado	divorciado	separado	soltero	unión libre	viudo	
CALIDAD DE VIDA	POCO FAVORABLE	40	1	9	2	7	16	75
	DESFAVORABLE	76	2	7	4	9	36	134
	FAVORABLE	9	3	2	1	0	2	17
Total		125	6	18	7	16	54	226

**TABLA 12.-**

Total del Universo.

<b>Resultados de las Encuestas por Dominio</b>				
<b>Dominios</b>		<b>Preguntas</b>	<b>(%)</b>	<b>Clasificación de Resultados</b>
Dominio 1	Nutrición	1 a 9	73%	Poco Favorable
Dominio 2	Actividad Fisica	10 a 12	40%	Desfavorable
Dominio 3	Consumo de Tabaco	13 a 14	93%	Favorable
Dominio 4	Consumo de Alcohol	15 a 16	85%	Favorable
Dominio 5	Información Sobre Diabetes	17 a 18	28%	Desfavorable
Dominio 6	Emociones	19 a 21	57%	Desfavorable
Dominio 7	Adherencia Terapéutica	22 a 25	72%	Poco Favorable

**TABLA 13.-**

Hombres				
Resultados de las Encuestas por Dominio				
Dominios		Preguntas	(%)	Clasificación de Resultados
Dominio 1	Nutrición	1 a 9	70%	Poco Favorable
Dominio 2	Actividad Fisica	10 a 12	46%	Desfavorable
Dominio 3	Consumo de Tabaco	13 a 14	86%	Favorable
Dominio 4	Consumo de Alcohol	15 a 16	76%	Poco Favorable
Dominio 5	Información Sobre Diabetes	17 a 18	25%	Desfavorable
Dominio 6	Emociones	19 a 21	57%	Desfavorable
Dominio 7	Adherencia Terapéutica	22 a 25	76%	Poco Favorable

**TABLA 14.-**

Mujeres

<b>Resultados de las Encuestas por Dominio</b>				
<b>Dominios</b>		<b>Preguntas</b>	<b>(%)</b>	<b>Clasificación de Resultados</b>
Dominio 1	Nutrición	1 a 9	74%	Poco Favorable
Dominio 2	Actividad Fisica	10 a 12	37%	Desfavorable
Dominio 3	Consumo de Tabaco	13 a 14	97%	Favorable
Dominio 4	Consumo de Alcohol	15 a 16	90%	Favorable
Dominio 5	Información Sobre Diabetes	17 a 18	29%	Desfavorable
Dominio 6	Emociones	19 a 21	57%	Desfavorable
Dominio 7	Adherencia Terapéutica	22 a 25	70%	Poco Favorable

## DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con DM2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y tabaco, entre otras se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la Diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la Diabetes o cambiar su historia natural.

En el presente estudio se realizaron 226 encuestas a pacientes adultos mayores (60 años y más) Diabéticos tipo 2, encontrándose en forma global que su calidad de vida es poco favorable con el (70.6%). De esto el 59.3% presenta una calidad de vida desfavorable, un 33.2% calidad de vida poco favorable y solo el 7.5% presenta calidad de vida favorable.

Tomando en cuenta que la encuesta aplicada consta de 25 ítems y se divide o está compuesta por 7 dominios de los cuales el dominio 1 que corresponde a alimentación tenemos una calidad de vida poco favorable con 73%, el dominio 2 que corresponde a Actividad Física es desfavorable (40%), dominio 3 corresponde a consumo de tabaco es favorable con 93%, dominio 4 corresponden 85% es favorable, y la más baja en la escala es el dominio 5 información sobre Diabetes es desfavorable (28%), aunque también en el dominio 6 de emociones es desfavorable (57%), en dominio 7 que corresponde a adherencia terapéutica es poco favorable con el 72%.

En la evaluación por sexo no es relevante, de acuerdo al número de mujeres encuestadas y hombres es mínima la diferencia, la evaluación de calidad de vida contra edad presento el siguiente resultado: es desfavorable con 134 pacientes entre las edades de 60 a 90 años. En cuanto a calidad de vida contra escolaridad, se observa una calidad de vida desfavorables en paciente con primaria 72 pacientes, 35 pacientes sin estudios pero saben leer, y 12 pacientes analfabetas. Analizando la calidad de vida contra la ocupación observamos una calidad de vida desfavorable en amas de casa 90 pacientes, y desempleados 31 pacientes. En cuanto a calidad de vida contra estado civil presentan calidad de vida desfavorable los casados con 76 pacientes y viudos con 36 pacientes.



## CONCLUSIONES

La Diabetes Mellitus es la quinta enfermedad más frecuente en la senectud y una de las entidades que genera mayores demandas psicológicas y conductuales por parte del paciente, ya que gran parte de su manejo es conducido por este. (6)

El avance científico del mundo moderno y las posibilidades que genera, así como los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea en relación con el envejecimiento, hacen impostergable concentrar esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y los estilos de vida de los individuos, como factor priorizado para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre, y especialmente, de los grupos más vulnerables, entre ellos, los ancianos. (7)

Al desarrollar el presente estudio nos percatamos de la gran utilidad que tuvo su desarrollo, ha servido para percibir que la desinformación sobre Diabetes Mellitus en la población es grande, en concordancia con lo encontrado en la bibliografía revisada, en nuestro estudio de un porcentaje de 100 la mayoría de nuestros pacientes solo conocen 28 % de lo que deberían de dominar para manejar su enfermedad, en lo personal percibo que si se cumplió con el objetivo de conocer y argumentar que el desconocimiento de nuestros pacientes es tal que impide su adecuado control además de que existen otras variables que interfieren con su control metabólico, como una gran indiferencia para la realización de actividad física (40%). Propondremos a las autoridades y a las demás disciplinas del cuidado a la salud realizar un trabajo arduo en proporcionar información a pacientes adultos mayores sobre Diabetes Mellitus y su cuidado coordinándose trabajo social, medicina preventiva y área médica e incorporar a los adultos mayores a grupos para realizar las diferentes actividades físicas. De alguna forma esto ya se realiza en nuestras unidades pero ahora lo haremos en forma más consciente para incidir en aquello que haga falta para que el paciente asimile la información.

El instrumento que se uso en el presente estudio es de fácil y rápida aplicación, por lo que sugerimos que puede ser aplicado en nuestra consulta diaria, para investigar la calidad de vida en los pacientes que estamos sospechando que su mal control metabólico es en gran parte debido a sus malos hábitos de alimentación, actividad física, y la utilidad radica en que los pacientes refieren durante el interrogatorio una información no realista sobre sus hábitos. Y de esta forma podemos indagar con preguntas muy sencillas el verdadero estilo de vida de nuestros pacientes.

## I. BIBLIOGRAFIA.

1. REYES M. (2006). Análisis demográfico y económico de la población de los adultos mayores en México 2006-2050. Cámara de Diputados Centro de
2. Editorial (2008). La Atención del Adulto Mayor en el Instituto Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado. Revista de Especialidad Médico-Quirúrgicas, 13(2), 41-44.
3. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad Datos Nacionales. Instituto Nacional de Estadística, Geografía Informática,(2007).
4. Harrison, principios de Medicina Interna, 16ª Edición, vol. II, parte XIV, Endocrinología y metabolismo 2005.
5. Diabetes Atlas 3ª edición Federación Internacional de Diabetes, 2006.
6. Nigel Unwin, Gojka Roglic, David Whiting, Diabetes tipo 2, su prevención y la comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS. Diabetes Voice, octubre 2010, vol. 55, núm. 2.
7. Pérez Martínez Víctor T. El anciano diabético y la respuesta adaptativa a la enfermedad, marzo 2010.
8. Pérez Martínez Víctor, Estrategia de intervención dirigida al mejoramiento de la respuesta adaptativa a la diabetes mellitus de los senescentes para mejorar su calidad de vida, 2008.
9. Reyner Marschall Hechavarría y cols, Calidad de vida en Adulto Mayor 2006.
10. Velia M. Cardenas Vilareal, y cols. Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. 2005.
11. Vega Carbó Mario Enrique y cols. Intervención educativa sobre calidad de vida en adultos mayores diabéticos en la comunidad Manzanillo 2007.
12. Antonio Vargas Ibáñez, y cols. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Fac. Med UNAM Vol. 53 No. 2 Marzo- Abril, 2010.
13. Mejía Olivia- Rodríguez y cols. Impacto de una estrategia educativa participativa ,ETHOS EDUCATIVO 42 –MAYO-AGOSTO de 2008.

## ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ 2011

Por medio de la presente autorizo mi consentimiento para participar en el protocolo CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DIABETICOS

TIPO 2

Participo en el protocolo de investigación titulado: ¿Cuál es la calidad de vida en los Adultos Mayores Diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina

Familiar No 65 del IMSS?

El objetivo del estudio es General:

¿Cuál es la calidad de vida en los Adultos Mayores Diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No 65 del IMSS?

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder al cuestionario del protocolo: ¿Cuál es la calidad de vida en los Adultos Mayores Diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No 65 del IMSS?

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: no aplica ya que solo son cuestionarios y el tiempo que de los mismos derive

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como 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 o con mi tratamiento.

Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, si que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y 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 hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

---

**Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal.**

**Dra. Eva Esmeralda Castillo Sánchez. Matrícula 99163973**

**Nombre, firma y matrícula del investigador responsable.**

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio.

---

Anexo 1  
**CUESTIONARIO IMEVID\***

### Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses.

Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre:

Sexo: F M

Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

\* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas