



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO Y PROYECTOS
ESPECIALES DEL AREA DE LA SALUD

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DE ACAPULCO, GRO”**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. EFRAIN HECTOR ESQUIVEL GARCIA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES

NO. DE REGISTRO: R-2018-1101-012

Acapulco, Gro. Mayo del 2019.



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.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios por la vida, por la salud y por la familia.

A mi padre, por sus consejos, por su apoyo y amor para poder lograr mis triunfos.

*A mi madre que desde el cielo, siempre me bendice y en cada meta que logro ella
me acompaña siempre.*

*A mi esposa por su apoyo incondicional, por la tolerancia y por todo su amor para
lograr este triunfo.*

A mi hijo que es mi motivo para vivir y ser feliz.

*A mi coordinadora de tesis la Dra. Guillermina Juanico por sus enseñanzas, y por
guiarme en este camino para terminación de mi investigación.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

TEMA	PAG
1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Marco teórico.....	6
4. Planteamiento del problema.....	42
5. Justificación.....	44
6.1 Hipótesis	45
7. Objetivos.....	45
7.1 Objetivo general.....	45
7.2 Objetivos específicos.....	45
8. Material y métodos.....	45
8.1 Diseño de estudio.....	45
8.2 Periodo del estudio.....	45
8.3 Lugar de estudio.....	45
8.4 Universo de trabajo.....	45
8.5 Criterios de selección.....	46
8.5.1 Criterios de inclusión.....	46
8.5.2 Criterios de exclusión.....	47
8.5.3 Criterios de eliminación.....	47
8.6 Selección de la muestra.....	47
8.6.1 Tipo de la muestra.....	47
8.6.2 Tamaño de la muestra.....	47
8.7 Variables.....	48
8.7.1 Definición y operacionalización de las variables.....	48
8.8 Instrumentos de recolección de datos.....	50
8.8.1 Cuestionario EsDQOL.....	51
8.9 Descripción general del estudio.....	52
8.9.1 Técnicas y procedimientos.....	52
9. Análisis estadístico.....	52
10. Consideraciones éticas.....	53
11. Logística.....	55
11.1 Recursos humanos.....	55
11.1.1 Investigadores.....	55
11.1.2 Encuestadores.....	55
11.2 Recursos materiales.....	55
11.3 Recursos financieros.....	56
12. Resultados	57
13. Discusión	76
14. Conclusiones	79
15. Recomendaciones	80
16. Cronograma de actividades.....	81
16. Referencias bibliográficas.....	84
17. Anexos.....	88
17.1 Consentimiento informado adultos.....	90

RESUMEN

TITULO: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 DE ACAPULCO, GRO”

ANTECEDENTES: De los grandes problemas que afectan a nuestra población es la Diabetes Mellitus Tipo 2, siendo la enfermedad crónico degenerativo que más complicaciones y muertes ocasiona en el mundo y en México, la calidad de vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida. **OBJETIVO:** Describir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus

tipo 2 de la unidad de Medicina Familiar N° 9 de Acapulco, Gro. **MATERIAL Y**

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal analítico prospectivo, en una muestra de 236 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, en el periodo de Noviembre de 2017 a Enero de 2018 adscritos a la UMF No. 9. Para la calidad de vida se utiliza un instrumento llamado EsDQOL Diabetes Quality of Life en su versión en español que presenta un índice de Cronbach de 0,88 de confiabilidad, compuesto por 43 items divididas en 4 áreas (satisfacción, impacto, preocupación social/vocacional, preocupación relacionada a su diabetes) evalúa el nivel de calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Se capturará la información en una base de datos en el programa Excel 2010 y se procesarán en el paquete estadístico informativo SPSS versión 23, en el que se obtienen frecuencias simples y porcentajes con análisis bivariado, obteniendo así Odds ratio, IC 95% y valor de p.

RESULTADOS: De los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 la prevalencia con Buena calidad de vida fue del 61.9%, con Regular calidad de vida fue del 30.5% y el 7.6% con Mala calidad de vida, la variable que se encontró como factor de riesgo fue la depresión con la mala calidad de vida de 1.831 veces a las personas que si presentaron depresión en el último año, con un IC 95% de 1.216–2.755 con un valor de $p= 0.005$, la escolaridad como factor protector de hasta un 41% para no desarrollar una mala calidad, con un IC 95% de 0.395-0.892 y un valor de $p= 0.006$.

CONCLUSIONES: En la Unidad de Medicina Familiar No.9 de Acapulco, Guerrero que los pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 2 tienen una buena y regular calidad de vida, en aspectos relacionados con satisfacción con la vida, impacto con

la vida, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes. Los resultados presentados en este estudio son en su mayoría similares a los reportados por diferentes autores a nivel nacional.

PALABRAS CLAVES. DIABETES MELLITUS, CALIDAD DE VIDA, EsDQOL.

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes es un importante problema de salud pública y una de las cuatro enfermedades no transmisibles seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. En las últimas décadas han aumentado el número de casos y la prevalencia de la enfermedad. (1)

La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores. (1)

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. (1) Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (2)

El objetivo de la OMS consiste en estimular y apoyar la adopción de medidas eficaces de vigilancia, calidad de vida, prevención, control de la diabetes y sus complicaciones, especialmente en países de ingresos bajos y medios. (1)

La calidad de vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos. (3)

Los métodos actuales de evaluación de calidad de vida en relación con la salud se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación: En la felicidad, en los indicadores sociales y en el área de la salud. (3)

En México, Latinoamérica y a nivel institucional del IMSS, existen pocos estudios epidemiológicos que permitan conocer con exactitud las características y magnitudes del problema en nuestra población diabética relacionada con su calidad de vida.

1. MARCO TEORICO

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). (4)

Su uso extendido es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual. (4)

Hasta 1998 se identificaban 446 instrumentos de medición de la calidad de vida para diferentes dolencias, pero solo 15% presenta una definición del término y su enfoque se hace desde cuatro áreas: definición global, según sus componentes, focalizada o combinada. La definición global es una medida genérica que no aborda las posibles dimensiones del constructo ni la operacionalización del concepto; su atención se centra en la satisfacción con la vida; la definición con base en componentes es un fraccionamiento del concepto global en dimensiones o componentes que busca la operacionalización del concepto; la definición focalizada, que también se llama específica porque valora componentes específicos relacionados con habilidades y funcionalidades muy relacionadas con la salud y a la enfermedad; y por último, la definición combinada en que se conjugan componentes y especificidades. (5)

Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, toda vez que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999). (5)

DEFINICION CALIDAD DE VIDA.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. (4)

Para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999). (5)

Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. Ferrans (1990b) (5)

Más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno. Así surge la International Society for Quality of Life Research que publica investigaciones científicas relacionadas con la salud, desde diferentes áreas. (5)

La labor iniciada por la OMS a mediados de la década de 1980 para conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida de un individuo dio pronto lugar a un proyecto (1,2) sobre la evaluación de la calidad de vida en contextos asistenciales, en el que actualmente participan 25 centros en todo el mundo. (6)

La evaluación de la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios y no en un solo aspecto como puede ser el dolor. Cuando lo haya, la calidad de vida se evaluara estudiando el impacto de ese dolor en la autonomía individual y en la

vida psicológica, social y espiritual del individuo, en vez de centrar la atención exclusivamente en el dolor en sí. (6)

DEFINICION DE DIABETES.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define la diabetes mellitus (DM) como una alteración metabólica caracterizada por hiperglucemia y por complicaciones micro vasculares y cardiovasculares que aumentan de forma manifiesta la mortalidad y morbilidad asociadas a la enfermedad y reducen la calidad de vida. Los criterios diagnósticos de la enfermedad fueron inicialmente establecidos en 1979 por el National Diabetes Data Group y posteriormente ratificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (7)

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre.⁴ El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. (8)

La hiperglicemia crónica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica). La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos. (9)

La hiperglucemia se define como una distribución poblacional de la glucemia plasmática en ayunas que es superior a la distribución que teóricamente debería minimizar los riesgos para la salud, de acuerdo con los estudios epidemiológicos. La hiperglucemia es un concepto estadístico y no una categoría clínica ni diagnóstica. (8)

La primera referencia por escrito donde aparece mencionada esta enfermedad, corresponde al papiro encontrado por el egiptólogo alemán George Ebers en 1862

(Fragmento del Papiro de Ebers), cerca de las ruinas de Luxor, fechado hacia el 1500 antes de la era Cristiana. Este papiro se conserva hoy en día en la biblioteca de la Universidad de Leipzig (Alemania). Es un rollo de papiro que al desenrollarlo medía 20 cm de largo por 25 cm de ancho y en él está escrito todo lo que se sabía o se creía saber sobre medicina. En un párrafo se habla de un proceso de manifestaciones clínicas propias de la extraña enfermedad, a la que siglos después los griegos llamarían diabetes. (10)

La glucosa en la sangre fue determinada por primera vez, en 1889, por Claude Bernard quien señaló que la hiperglicemia era el signo fundamental de la enfermedad. Diez años después Lanhergans describió los islotes pancreáticos, que posteriormente recibieron su nombre en el año 1889 (Farreras, 1992). (10)

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en la sangre debido a una baja producción o un uso inadecuado de la insulina, la hormona encargada de convertir la glucosa en energía. Intervienen en su desarrollo la genética, la mala alimentación y el sedentarismo. Se trata de una enfermedad muy incapacitante que da origen a amputaciones de los miembros inferiores, ceguera e insuficiencia renal, y que favorece el desarrollo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Se calcula que en el mundo hay 387 millones de adultos diabéticos. 38

La prevalencia de la diabetes ha aumentado con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos. (8)

Se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia.¹

Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (8)

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios:

Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.

La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes. (8)

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.

De estas cifras solo una cuarta parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres tenían diabetes bien controlada, de acuerdo con el porcentaje de hemoglobina glucosada (Hba1c). (Mortalidad, 2002) La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS porque:

Durante el 2010, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% en la población derechohabiente. (8)

Ocupa el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar, el quinto lugar en la consulta de especialidades.

Ocupa el octavo lugar en la consulta de urgencias y como motivo egreso hospitalario.

Las diabetes mellitus tipo 2 representa los principales motivos de demanda de consulta en la UMF No. 9 y a nivel institucional, corresponden a los 11% del total de los diagnósticos de primera vez, seguidas de las enfermedades diarreica. 39

Con motivo de la atención médica que habrá de darse a seis padecimientos que concentran una proporción significativa de los recursos financieros del Instituto: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA. (38)

Cuadro II.1.
Principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egreso hospitalario para adulto mayor^{VI}, 2012

Diagnóstico principal	No. de consultas/egresos	Porcentaje
Consultas de medicina familiar		
1. Enfermedades del corazón	7,864,328	40.1
2. Diabetes mellitus	4,938,799	25.2
3. Artropatías	765,929	3.9
4. Infecciones respiratorias agudas	422,196	2.2
5. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	393,685	2.0
6. Hiperplasia de la próstata	342,511	1.7
7. Trastornos mentales y del comportamiento	319,088	1.6
8. Dorsopatías	204,444	1.0
9. Traumatismos y envenenamientos	197,802	1.0
10. Gastritis y duodenitis	185,074	0.9
Otros	3,967,437	20.2
Total	19,601,293	100.0

El gasto total estimado en 2012 para la atención médica de los seis padecimientos asciende a 71,352 millones de pesos, que equivale a 30.4 por ciento del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año (cuadro II.2). (38)

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 77.9 por ciento.

Cuadro II.2.
Consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y estimación del gasto médico por componente, 2012

Padecimiento	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2013)			Total
	Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnósticos	Hospitalización	
Diabetes mellitus	13,065	2,131	70	7,032	21,340	5,386	33,757
Hipertensión arterial	16,141	6,137	26	8,540	12,411	846	21,798
Insuficiencia renal	1,002	119	76	782	7,259	3,492	11,533
Cáncer cérvico-uterino	104	43	5	95	269	342	706
Cáncer de mama	995	38	11	771	93	941	1,806
VIH/SIDA	195	29	3	135	1,361	257	1,753
Total	31,502	8,498	191	17,355	42,733	11,264	71,352

Fuente: DF, IMSS.

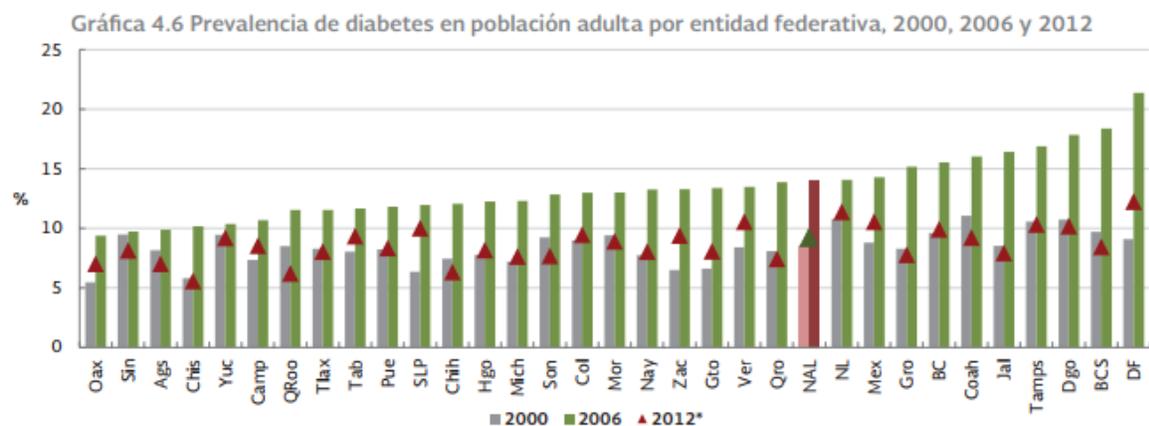
Proyecciones del gasto médico, 2013-2050 Las proyecciones del gasto médico de estos seis padecimientos se realizaron considerando dos escenarios. El primer escenario parte del supuesto de que las acciones preventivas y los avances médicos y tecnológicos contribuirán a disminuir las tasas de morbilidad de cada padecimiento en el largo plazo. En contraste, el segundo escenario supone que ni las medidas preventivas ni los avances científicos y tecnológicos de la medicina moderna impactarán de manera significativa en las tasas de morbilidad, razón por la cual éstas se mantendrán constantes a lo largo del periodo de proyección. En las proyecciones se supone que el costo unitario de cada enfermedad aumente a una tasa anual real de 2.5 por ciento. (38)

Cuadro II.3.
Proyección de consultas totales, pacientes bajo tratamiento, egresos hospitalarios y gasto médico por componente, 2013-2050, escenario con PREVENIMSS

Padecimiento	Año	Casos (miles)			Gasto médico (millones de pesos de 2013)			Total
		Consultas	Pacientes bajo tratamiento	Egresos hospitalarios	Consultas	Medicamentos y auxiliares de diagnóstico	Hospitalización	
Diabetes mellitus	2013	13,065	2,131	70	7,032	21,340	5,386	33,757
	2020	16,065	2,250	88	10,271	26,528	8,004	44,803
	2030	20,747	2,405	114	16,949	36,833	13,330	66,112
	2040	24,830	2,433	140	25,916	45,788	21,012	92,716
	2050	27,515	2,409	160	36,709	57,367	30,612	124,688
Hipertensión arterial	2013	16,141	6,137	26	8,540	12,411	846	21,798
	2020	19,854	5,995	33	12,481	11,999	1,271	26,751
	2030	25,883	6,542	44	20,804	13,463	2,183	36,450
	2040	31,326	7,340	57	32,192	17,146	3,592	52,930
	2050	34,806	7,992	68	45,752	22,620	5,465	73,838
Insuficiencia renal	2013	1,002	119	76	782	7,259	3,492	11,533
	2020	1,065	228	89	987	17,297	4,835	23,119
	2030	1,233	343	107	1,456	33,817	7,449	42,723
	2040	1,343	425	121	2,025	53,877	10,797	66,699
	2050	1,350	452	128	2,600	77,036	14,577	94,213
Cáncer cérvico-uterino	2013	104	43	5	95	269	342	706
	2020	125	39	6	136	285	436	858
	2030	154	32	6	216	299	573	1,088
	2040	178	26	5	319	307	689	1,315
	2050	194	21	5	445	320	747	1,513
Cáncer de mama	2013	995	38	11	771	93	941	1,806
	2020	1,108	46	11	1,029	131	1,173	2,334
	2030	1,162	49	11	1,399	178	1,449	3,025
	2040	1,138	47	9	1,771	218	1,542	3,531
	2050	1,076	46	6	2,160	268	1,288	3,716
VIH/SIDA	2013	195	32	3	135	1,361	257	1,753
	2020	201	39	2	165	2,085	274	2,524
	2030	194	42	2	205	3,032	255	3,492
	2040	174	39	1	235	3,703	167	4,105
	2050	150	-	-	259	4,183	-	4,442
Total	2013	31,502	8,500	191	17,355	42,733	11,264	71,352
	2020	38,419	8,597	229	25,070	58,325	15,994	99,389
	2030	49,373	9,412	284	41,028	86,623	25,239	152,890
	2040	58,990	10,310	334	62,457	121,039	37,799	221,295
	2050	65,091	10,919	366	87,925	161,795	52,689	302,409

Fuente: DF, IMSS.

En lo que respecta a la prevalencia en las entidades federativas², Oaxaca fue la que presentó menor prevalencia en 2000 y 2006 con 5.5% y 9.4% respectivamente, mientras que Chiapas lo fue en 2012 con 5.6%. En el otro lado, Coahuila fue la entidad con mayor prevalencia en 2000 con 11.1%, el Distrito Federal lo fue en 2006 con 21.4% y nuevamente en 2012 con 12.3%. Entre 2000 y 2006 Sinaloa fue la entidad con el menor crecimiento en la prevalencia, al pasar de 9.5% a 9.7% y se ubicó como la segunda entidad con menor prevalencia en 2006. Adicionalmente al Distrito Federal, destacan Guanajuato y Zacatecas, entidades en donde más que se duplicó la prevalencia entre 2000 y 2006. Aunque la información para 2012 sólo es autorreportada, es de notar que en 16 entidades la prevalencia en 2012 fue mayor a la prevalencia (autorreportada y detectada por medición bioquímica) que en el año 2000, además de que para las otras 16 entidades la prevalencia en 2012 fue en promedio 0.9% menor a la de 2000 (gráfica 4.6). Guerrero ocupó el octavo lugar en prevalencia a nivel nacional y por encima de la media nacional. (39)



Fuente: ENSA 2000. ENSANUT 2006 y 2012
 *Nota: solo incluye diabetes autorreportada

5 de cada 10 pacientes en los programas de diálisis son diabéticos tipo 2. Es primera causa de los dictámenes de invalidez que corresponde el 14.3% del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1. (83 y 17% respectivamente) La diabetes mellitus es un factor de riesgo cardiovascular, se estima que entre 7 y 8 de cada 10 personas con diabetes mueren por este motivo.

(División de información en salud, 2010, Méndez D, 2010) Derivado de la trascendencia y el impacto de esta enfermedad crónica, se requiere unificar el proceso de atención que se otorga en las unidades médicas, por lo que la presente guía de práctica clínica se realizó utilizando la metodología de la medicina basada en evidencia para la buena práctica clínica a través de:

Tratamiento de la hiperglucemia no farmacológico y farmacológico

Identificación temprana y oportuna de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus y su tratamiento. (8)

Estudios realizados en los últimos años sitúan entre un 10 y un 15% la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en la población adulta, acorde con las previsiones de incremento de ésta a escala mundial. La DM2 es una enfermedad crónica que requiere esfuerzos de cumplimiento del tratamiento, tales como modificaciones en los estilos de vida y la frecuente necesidad de insulinización. En enfermedades de estas características es muy importante medir los resultados de las actuaciones terapéuticas individuales e intervenciones de los sistemas de salud en términos de los PRO (patient reported outcomes 'resultados informados por los pacientes'), pese a la presumible influencia positiva que puedan generar bajo la óptica del clínico y de la administración sanitaria. (32)

INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA.

Existen diversos instrumentos para el estudio de la calidad de vida en el adulto mayor como el instrumento de calidad de vida DQOL, el cuestionario de salud SF12 Health Survey, el cuestionario COOP-WINCA y su riesgo cardiovascular con la escala de Framingham, el cuestionario de calidad de vida Nottingham Health Profile (NPH), El WHOQOL-100 de la OMS elaborado en 1991, el EUQOQOL-D5, instrumento genérico que puede utilizarse en individuos relativamente sanos y en pacientes con diferentes patologías, el cuestionario de calidad de vida diabetes 39, y el cuestionario de salud SF-36. (11)

La primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus 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» hasta «muy insatisfecho». Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa». 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. (12)

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. (12)

El DQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92. (12)

A lo largo de varios años hemos adaptado y mejorado¹⁻⁵ la versión en español del Diabetes Quality of Life Questionnaire (EsDQOL), lo que nos ha permitido conseguir suficiente experiencia en su aplicación. Teniendo en cuenta que este proceso de adaptación ha sido dinámico y, por tanto, sujeto a modificaciones y revisiones,

creemos procedente en el momento actual, sobre la base de nuestros resultados, proponer algunas modificaciones que pueden incrementar la fiabilidad y aplicación de la versión española del DQOL. (12)

FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE VIDA EN DIABETICOS:

Se ha realizado un análisis detallado de la fiabilidad (consistencia interna) del EsDQOL mediante la alfa de Cronbach⁶, en una población de 823 pacientes con diabetes mellitus (DM) en tratamiento con insulina que ya habían sido previamente evaluados. En esta población se había incluido a un total de 711 pacientes con DM tipo 1 (51,6% mujeres y 48,4% varones), con una edad media (\pm DE) de $30,5 \pm 10,4$ años, y 112 pacientes con DM tipo 2 (50,9% mujeres y 49,1% varones), con una edad media de $53,6 \pm 8,8$ años. Todos los pacientes tenían una duración de la DM superior a los 6 meses, habiéndose excluido de esta población a los que presentaban complicaciones crónicas graves de la DM. El número medio de inyecciones de insulina que recibían era de $2,9 \pm 0,7$ y $2,2 \pm 0,6$, respectivamente, y la dosis total media administrada era de $0,7 \pm 0,2$ y $0,6 \pm 0,2$ U/kg, respectivamente. La versión del EsDQOL presentaba una elevada fiabilidad para ambos grupos con valores de alfa de Cronbach de 0,88 y 0,89, respectivamente. (13)

Casey L. O'Brien, Chantal F. Ski, David R. Thompson, Gaye Moore, Serafino Mancuso (2014) Realizaron con un total de 166 participantes con un diagnóstico de DM reclutados en el ECA. Los criterios de inclusión fueron: (1) tener diagnóstico de DM, confirmado por los registros médicos; (2) ser mayores de 18 años; y (3) ser capaz de conversar en Inglés sin un intérprete. Los criterios de exclusión son: (1) Presencia de discapacidad del desarrollo o síndrome amnésico, que tuvieran perjudicada su capacidad de aprender de la intervención; y (2) enfermedad grave definida por el médico tratante. Cuando el Programa de Salud Optima adopta un enfoque holístico para el manejo de enfermedades crónicas, pueden entrar al programa en cualquier etapa del continuo cuidado. Se recopilieron registros des-identificados sobre cómo muchas personas con diabetes fueron abordadas o auto

referidas, incluyendo las razones de la declinación, para el sesgo de selección potencial.

Un estudio realizado en una muestra mexicana de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, con el objetivo principal de determinar las propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Se conformó una muestra con un total de 152 personas con Diabetes Mellitus tipo II, de ambos sexos, evolución mínima de un año de la enfermedad, que aceptaron participar de manera voluntaria. Un total de 100 personas fueron entrevistadas en diferentes clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México, y las 52 restantes fueron referidas por la Asociación Mexicana de Diabetes de Jalisco. Los resultados que se obtuvieron el 71.1% correspondió a mujeres y el 28.9% a hombres, solo la tercera parte no tenía pareja, la ocupación más frecuente fue el hogar y después el comercio, la escolaridad promedio de 7.3 años de estudios, la mitad tenían alguna complicación médica por la diabetes, dentro de las complicaciones más frecuentes se encontraron las cardiovasculares y visuales. Para el caso del DQOL se presentaron resultados con las dos formas de calificación del instrumento. La puntuación bruta corresponde al cálculo con la forma de calificación original, en donde un mayor puntaje significa deterioro de calidad de vida, se registraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes de acuerdo al tiempo de evolución, tipo de tratamiento, concluyendo que en términos generales, el presente estudio aporta datos que sugieren que la versión en español de la medida de calidad de vida específica para Diabetes Mellitus DQOL es válida y fiable. (14)

Rebeca Robles García, Jaqueline Cortázar, Juan José Sánchez-Sosa y cols. Realizaron un estudio de la Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Este estudio tuvo por objetivo determinar la validez y fiabilidad de la versión en español de la medida de calidad de vida específica para Diabetes DQOL en una muestra de 152 personas con Diabetes Mellitus Tipo II. La muestra completó el DQOL y los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Se analizó la consistencia interna,

validez factorial, y validez convergente con los Inventarios de Beck. Las subescalas y el total del DQOL mostraron adecuados índices de consistencia interna (alphas de .68 a .86); el total de las preguntas se agruparon en los cuatro factores que corresponden a las dimensiones que evalúa el instrumento; y se encontraron relaciones moderadas y estadísticamente significativas con las medidas de ansiedad y depresión. Se aporta evidencia a favor de la validez y fiabilidad de la versión en español del DQOL en personas con Diabetes Mellitus II. (12)

Fernández, Orozco, Rancaño & Hernández (2000) estudiaron a 40 pacientes para evaluar su calidad de vida. El 50% de los participantes eran hombres y 50% mujeres, la edad media fue de 58.25 años, la media de años de evolución de la enfermedad fue 10 años, 71.43% tenían pareja, 42.86% trabajaban, 78.56% reportaron estudios de primaria. Los síntomas reportados por los participantes fueron: dolores musculares en el 61% de los pacientes, claudicación intermitente 46%, dolor en pies 45%, disminución de la agudeza visual 45%, adormecimiento / entumecimiento en extremidades inferiores 41%, alteraciones sexuales y sed 36% para ambos casos, mareos y poliuria 35% respectivamente, dolor de cabeza 21%, pérdida de apetito 20%. Los síntomas de acuerdo a género tuvieron una media de 3.29 para hombres y 3.11 para mujeres (el rango para obtener las medias fue de 0-10). (15)

José Lauro de los Ríos Castillo, Juan José Sánchez Sosa y Cols. En el 2003 realizaron un estudio expo facto transversal sobre Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto del deterioro de la calidad de vida en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los sujetos que participaron fueron 100 pacientes que acudían a la consulta externa de la Clínica-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosí, 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 crónica degenerativa 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. (16)

Ramírez, Carvajalino, Coronado, Gómez, Mayorga, Medina (2010) 60 pacientes inscritos al programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud (IPS) de I nivel; como muestra se tuvo en cuenta 30 pacientes que asistieron sin falta al control de la diabetes a los cuales se les aplicó el instrumento. Las variables utilizadas fueron nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencia terapéutica y estilos de vida. Se concluyó que con relación a la edad de los pacientes encuestados se obtiene que estos se encuentran entre dos etapas muy importantes del ciclo vital humano, adultez media y adultez tardía; el 80% de los pacientes encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludables, el cual ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad. (17)

La seguridad alimentaria se considera cuando todas las personas en todo momento, tienen acceso a una alimentación saludable, acorde a sus necesidades, gustos y preferencias culturales. De acuerdo a la ENSANUT (2012), la inseguridad alimentaria en el país fue de 70%, para los adultos mayores de 27.8%. Además de una alta prevalencia de diabetes mellitus en el adulto mayor de 25%. Motivo por el que interesó analizar la seguridad alimentaria en el adulto mayor con diabetes, de

León, Gto. Se realizó un estudio analítico en 113 adultos mayores, con DM, a través de una encuesta donde se colectó información dietética, además de la escala de SAN. Se encontró un 74% de adultos con algún grado de inseguridad alimentaria, con un consumo menor de frutas, verduras, derivados de origen animal, pero con un consumo alto para refresco que los adultos con seguridad alimentaria, lo cual refleja un riesgo al control de la diabetes y a la misma seguridad alimentaria al desplazarse alimentos de importancia nutrimental. Por lo que este grupo de edad con diabetes, se encontró con un porcentaje alto de inseguridad alimentaria. (18)

En un Estudio transversal analítico realizado en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo, en el 2017, La muestra se obtuvo con el programa Epidat v. 3.1, desconociendo la población total, con una proporción esperada de 30% por antecedentes, un nivel de confianza de 95%, se obtuvo una muestra de 132 pacientes. Se aplicó una encuesta de 39 preguntas la cual se encuentra validada y adaptada para el español en México. Para la base de datos y cuadros estadísticos se utilizó SPSS 20.0. Se obtuvieron los siguientes Resultados: De los 132 pacientes 55,3% fueron hombres, la mediana de la edad fue de 55 años con D.E. 13,3. De los participantes, 110 presentaron una baja calidad de vida global, donde el 54,54% son del sexo masculino, de acuerdo a los factores estudiados, se observa que la edad, el sexo y la glicemia del paciente tienen una asociación estadísticamente significativa con respecto al bajo nivel de calidad de vida, donde el factor glicemia, se asocia con los 5 dominios de la encuesta planteada. En contraste la hemoglobina glicosilada no se asocia a una baja o alta calidad de vida. En Conclusión. Se evidencia una menor calidad de vida en los pacientes varones y se observa que a mayor edad y mayor nivel de glucosa en sangre, menor es la calidad de vida de estos pacientes. (19)

Se realizó un estudio descriptivo transversal (2010) con el objetivo principal de determinar el estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario IMEVID. La población estuvo conformada por 60 pacientes inscritos al programa de diabetes e hipertensión de una Institución Promotora de Salud (IPS) de I nivel; como muestra

se tuvo en cuenta 30 pacientes que asistieron sin falta al control de la diabetes a los cuales se les aplicó el instrumento. Las variables utilizadas fueron nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, emociones, adherencia terapéutica y estilos de vida. Se concluyó que con relación a la edad de los pacientes encuestados se obtiene que estos se encuentran entre dos etapas muy importantes del ciclo vital humano, adultez media y adultez tardía; el 80% de los pacientes encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludables, el cual ayuda a prevenir complicaciones con relación a su patología obteniendo de esta manera un mejor bienestar durante su vida y la evolución de la enfermedad. (20)

José G. Salazar Estrada', Ana María Gutiérrez Strauss, Carolina Aranda Beltrán y Cols, en el 2012 realizaron un diseño transversal en una variable muestra no probabilística determinada por un periodo de tiempo en cuatro centros de salud de la Secretaria de Salud Jalisco en la Zona metropolitana de Guadalajara, en pacientes que acuden a control de diabetes. Se estudiaron tres variables: calidad de vida, socio-demográficas y específicas de la enfermedad. En la muestra de 198 pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 y con un tiempo de evolución 9.5 ± 8 años, un 76.7% sin complicaciones relacionadas con la diabetes, una mitad (47.9%) fueron tratados con dieta, de acuerdo a los dominios medidos con el instrumento Diabetes 39, las puntuaciones más altas se dan en la calidad de vida con un deterioro en la misma, seguida de la percepción que se tiene sobre la severidad de la diabetes, las diferencias significativas por genero se dan en el dominio de funcionamiento sexual para los hombres, Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, que viven con diabetes tipo 2 durante más de un año y que saben leer y escribir. Los pacientes no fueron excluidos sobre la base de tener complicaciones de la diabetes. Los pacientes fueron abordados por estudiantes de servicio social de las carreras de medicina, enfermería y psicología al asistir a consulta. Se llegó a la conclusión de que la calidad de vida se ve afectada en pacientes con diabetes, especialmente en el dominio de energía y movilidad y en el

funcionamiento sexual, lo que indica la necesidad de un programa de intervención en actividades física-recreativas y en asesoría educativa-psicológica. (21)

Guerrero Aguirre HM; Aguirre García en el 2014, Un estudio de casos y controles a 350 pacientes diabéticos tipo 2 entre 20 y 70 años o más de edad adscritos a la UMF 20 vallejo, con 5 años mínimo de tratamiento farmacológico, que acudieron a la consulta externa, cualquier turno durante el periodo de enero a diciembre de 2013; previo consentimiento informado se aplicó cuestionario COOP-WONCA (calidad de vida), DTSQ (satisfacción al tratamiento) y MORISKY-GREEN (adherencia farmacológica). Se utilizó de estadística descriptiva y X². Se obtuvo un perfil sociodemográfico: Media de edad de 52 años predominio, femenino 54.9% (n=192); casados 65.1% n=228; empleados 34.3% (n=120) y nivel socioeconómico medio bajo 46.6% (n=163). Se observó mayor frecuencia entre la satisfacción entre el apego y buena calidad en el 24.9% (n=87). Además de mayor frecuencia entre el apego y buena calidad de vida en 36.9%. Se concluyó que los pacientes con diabetes tipo 2 refieren un apego terapéutico del 61%, satisfacción en el tratamiento 78.3% y percepción de buena calidad de vida en el 55%, corroborando si existe asociación entre calidad de vida, satisfacción terapéutica y apego terapéutico. (22)

Austreberta NAZAR-BEUTELSPACHER y Benito SALVATIERRA-IZABA Realizaron en el 2010 un estudio “Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género” en donde se obtuvo información de 2 602 familias en las que se identificaron 709 hombres y 929 mujeres de 40 años y más. La prevalencia de diabetes mellitus diagnosticada en ellos fue de 15 por ciento de los hombres y 12.2 por ciento de las mujeres. El cuestionario individual fue respondido por 72 hombres y 169 mujeres, de los cuales 124 (42 hombres y 82 mujeres) correspondieron a diabéticos diagnosticados y 177 (30 hombres y 87 mujeres) a no diabéticos que cursan con otras enfermedades crónicas diagnosticadas. Las enfermedades crónicas del grupo de no diabéticos fueron: hipertensión arterial (23 hombres y 77 mujeres), enfermedades cardiovasculares (seis hombres y ocho mujeres), problemas renales

(cinco hombres y nueve mujeres) y cáncer (un hombre y dos mujeres). Estos grupos no difieren entre sí en cuanto a estado civil, edad, escolaridad o trabajo remunerado. Ambos grupos pertenecen a asentamientos urbanos pobres y se caracterizan por su baja escolaridad. Una tercera parte de los hombres y dos terceras partes de las mujeres, diabéticos y no diabéticos, carecen de toda escolaridad o solamente cuentan con algún grado de educación primaria. Asimismo, una tercera parte de los hombres y aproximadamente 80 por ciento de las mujeres, diabéticos y no diabéticos, carece de toda actividad remunerada, y aproximadamente la mitad de hombres y mujeres reportó contar con algún programa de protección social en salud. Casi la totalidad de las mujeres aseguradas obtuvo su seguro de la cobertura del trabajo por parte de hijos, hijas o cónyuge, y aproximadamente un tercio de las mujeres que cuentan con seguro médico fueron aseguradas después de que se les realizó el diagnóstico de la enfermedad crónica. La desventaja social de las mujeres diabéticas y no diabéticas es evidente. (23)

Bautista Sampeiro, Trejo Duarte MV, Hinojosa Casimiro E, realizaron en el 2010 un estudio “Estilo y calidad de vida y conocimientos sobre diabetes post estrategia educativa participativa en el portador de Diabetes Mellitus 2”. Con diseño de serie cronológica cuasiexperimental de un solo grupo, en 29 derechohabientes de la UMF 94 del IMSS con DM tipo2, muestreo por conveniencia, bajo consentimiento informado. En la evaluación inmediata se utilizó el Instrumento para medir Estilo de Vida del diabético (IMEVID); para Calidad de vida el cuestionario Short Form SF-12 Health Survey (SF-12); y el cuestionario de Conocimientos sobre DM (Dra. Angulo). La intervención educativa se realizó con pequeños grupos, programado tres sesiones por semana. Evaluación inicial pre estrategia, una post estrategia y a los tres meses una tercera evaluación solo para estilo de vida y conocimientos, con los instrumentos señalados. Análisis con estadística descriptiva, determinación porcentual Prueba de Friedman y Wilcoxon. Se obtuvieron los siguientes resultados: con rango de edad de 42 a 81 años se obtuvo en promedio 61 años de edad de los cuales mujeres 17 (58.6%), casados 23 (79.4%), escolaridad de secundaria 11(37.9%), dedicados al hogar 10(34.5%). La evaluación pres estrategia de las

variables reportó estilo de vida desfavorable en 19(65.5%); calidad de vida mejor 10 (34.4%) peor 19 (65.6%), Fue mejor 6(20.6%) peor 23(79.4%); en la evaluación inicial nivel de conocimiento bajo en 12(41.4%). La evaluación post estrategia final, con estilo de vida favorable en 22(75.8%), $p < 0.01$; y nivel de conocimiento medio en 18(62.1%), $p < 0.00$ a los tres meses y para calidad de vida a las 4 semanas post estrategia mejor 14 (48.2%) peor 15(51.8%); mejor 11(37.9%) peor 18 (62.1%). Se concluyó que la calidad de vida inicial en más del 65% fue peor y el estilo de vida por orden de presentación se estadificó como desfavorable en más del 65% post estrategia más de dos terceras partes de los pacientes mejoraron a favorable. El nivel de conocimientos en orden de presentación se estadificó en más del 40% en nivel medio y post estrategia en nivel medio casi en dos tercios de la muestra. Corroborándose diferencias estadísticas significativas para estilo de vida y conocimientos; en la calidad de vida no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas. (24)

Araceli Fernández Vázquez, Tania A Abdala Cervantes, Estela Patricia Alvara Solís. Realizaron en el 2012 un estudio “Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” se realizó un estudio cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas. Obtuvieron que el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%). Concluyeron que la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como

consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo. (25)

Arturo Árcega-Domínguez, Carmen Lara-Muñoz, En el 2005 realizaron un estudio “Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes”. Realizaron un estudio escrutinio transversal, de pacientes con diabetes en una clínica de medicina familiar del Seguro Social. La calidad de vida se evaluó con una escala global verbal. Se evaluaron las siguientes variables clínicas: tipo de diabetes, tiempo de evolución, tipo de tratamiento, enfermedades asociadas, complicaciones y el control metabólico. Las variables psicosociales estudiadas fueron: el conocimiento de la enfermedad, el apego al tratamiento, las formas de contender con la enfermedad, el impacto emocional producido por la misma y el apoyo social. Los pacientes fueron entrevistados con instrumentos previamente validados. Se determinó la hemoglobina glucosilada. El resultado fue: entrevistados 173 pacientes (73% mujeres), con un promedio de edad de 50.5 años para las mujeres y 51.5 para los hombres. La mayoría (95%) tenía diabetes tipo 2. Se determinó la relación entre las variables estudiadas y la calidad de vida. En el análisis bivariado se encontró que las mujeres tenían significativamente una menor calidad de vida (62.8 vs. 69.5). De los factores sociales, el nivel socioeconómico, el apoyo social y tener una pareja, correlacionaron positivamente con la calidad de vida. De los factores psicológicos, las formas de contención (evitación y resignación), el rechazo a la enfermedad y el impacto emocional correlacionaron negativamente con la calidad de vida. De las variables clínicas, sólo el tiempo de evolución tuvo una correlación discreta ($r = - 0.14$). En el análisis multivariado, siete variables psicosociales explicaron 30% de la varianza en la calidad de vida. Concluyeron que sus resultados indican que aparentemente los factores clínicos influyen poco sobre la calidad de vida. Consideramos que la calidad de vida, medida de forma global, subjetiva, depende en un gran porcentaje de la forma en la que los pacientes viven la enfermedad más que de las características de la misma. (26)

Longinos Benitez, en el 2011, Realizo un estudio sobre “Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la unidad de medicina familiar n°33”, el estudio fue observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y comprendió 362 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se utilizó la escala de Hamilton para evaluar depresión, SF-36 para calidad de vida y una escala ex profeso para los variables socios demográficos. Se calcularon frecuencias y porcentajes, los resultados arrojados fueron: en cuanto a Depresión 94 (26%) con leve, 56 (15%) con moderada, 22 (6%) con severa, 8 (2%) muy severa y 182 (51%) sin depresión. Respecto a calidad de vida se encontró que el 57.29% tiene una mejor calidad de vida en términos generales. Se concluyó que el 49% presentaba algún grado de depresión, que la calidad de vida en términos generales fue mejor, que las dimensiones más afectadas fueron salud general y vitalidad, que finalmente que tanto el grupo de pacientes con y sin depresión presentaron una mejor calidad de vida en términos generales. (27)

Syamimi Samah, Chin Fen Neoh, Et al, en el 2016 realizaron un estudio en Malasia sobre la evaluación de la calidad de vida (CdV) la cual proporciona resultados valiosos para respaldar la toma de decisiones clínicas, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas que son incurables. Se sabe que una herramienta breve específica para diabetes de 15 ítems [es decir, Diabetes Quality of Life-Brief Clinical Inventory (DQoL-BCI)] está desarrollada en inglés y validada para su uso en la práctica clínica. Sin embargo, esta herramienta simplificada no está disponible para su uso en Malasia. El Objetivo fue Traducir el DQoL-BCI a una versión malaya y evaluar su validez de constructo (validez factorial, validez convergente y validez discriminante), confiabilidad (consistencia interna) y efectos de piso y techo entre la población diabética de Malasia. Realizaron una traducción hacia adelante y hacia atrás, en la que participaron traductores profesionales y expertos con amplia experiencia en la traducción de las medidas de resultado informadas por los pacientes. Se invitó a un total de 202 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que cumplieran los criterios de inclusión a completar el DQoL-BCI traducido. Los datos

se analizaron mediante SPSS para el análisis factorial exploratorio (EFA), la validez convergente y discriminante, la fiabilidad y el test-retest, y el software AMOS para el análisis factorial confirmatorio (CFA). Resultados: Los hallazgos de EFA indicaron que la estructura de 4 factores de la versión malaya de DQoL-BCI era óptima y explicaba el 50.9% de la varianza; CFA confirmó el ajuste del modelo de 4 factores. Hubo una correlación negativa y moderada entre las puntuaciones de DQoL-BCI (versión de Malasia) y la puntuación de utilidad de EQ-5D-3L ($r = -0.329$, $p = 0.003$). Los pacientes con mayores niveles de hemoglobina glicosilada ($p = 0.008$), complicaciones macrovasculares ($p = 0.017$) y microvasculares ($p = 0.013$) reportaron peor CdV. El coeficiente alfa de Cronbach y las correlaciones del coeficiente intraclass (rango) obtenidas fueron 0,703 y 0,86 (0,734-0,934), lo que indica una buena fiabilidad y estabilidad del DQoL-BCI traducido. Como conclusión este estudio validó las propiedades lingüísticas y psicométricas de DQoL-BCI (versión malaya), proporcionando así una herramienta breve válida y confiable para evaluar la calidad de vida de los pacientes con DM2. (28)

M. Schunk, P. Reitmeir, Et al, realizaron en el 2014 un estudio en Alemania con el Objetivo de comparar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en todos los grupos de tratamiento y explora las diferencias de género. Se agruparon cuatro encuestas regionales (KORA, CARLA, SHIP, DHS) y una encuesta nacional (GNHIES98) a nivel individual. La CVRS se evaluó con SF-12 / -36v1. Los modelos de regresión lineal se utilizaron para evaluar el efecto de la DM2 por tipo de tratamiento (sin medicación, oral, combinación oral / insulina, insulina) en el puntaje físico (PCS-12) y el resumen mental (MCS-12) y el SF-6D, controlando por edad, sexo, estudio y covariables. También realizaron un análisis explicativo de artículos individuales. Obtuvieron los siguientes Resultados: Las puntuaciones PCS-12 y el tipo de tratamiento se asociaron (valor de $p = 0.006$), con los valores más bajos para el tratamiento con insulina (-4.44 vs. oral, -4.41 vs. combinación). Las puntuaciones de MCS-12 se asociaron con el tipo de tratamiento y el sexo (valor de $p < 0,012$), con puntuaciones más bajas para las mujeres sometidas a tratamiento oral (-4,25 frente a los

hombres) y combinado (-6,99 frente a los hombres). Se observaron resultados similares para las utilidades SF-6D y artículos individuales, relacionados con la salud mental, el funcionamiento social, la vitalidad y la limitación de roles (emocional). Las comorbilidades fueron predictores de puntuaciones más bajas en PCS-12 y SF-6D. Concluyeron que el tratamiento con T2DM tiene un impacto diferente en la CVRS física y mental y en las mujeres y los hombres. Se necesitan más estudios de las percepciones específicas de género de los regímenes de tratamiento con DMT2. (29)

Aysegul Yildirim, Fevzi Akinci, Et al, realizaron en el 2006 en Turkia un estudio con el siguiente objetivo: este estudio fue probar la validez y confiabilidad de la versión turca del cuestionario de calidad de vida (DQOL) para pacientes con diabetes. La versión turca de la escala de calidad de vida (QoL) 15D y DQOL, las características sociodemográficas y de los parámetros clínicos se administró a 150 pacientes con diabetes tipo 2. Los participantes del estudio fueron muestreados aleatoriamente del Departamento de Endocrinología y Diabetes para pacientes ambulatorios del Hospital de Educación e Investigación Dr. Lutfi Kirdar Kartal en Estambul, Turquía. Como Resultados: El coeficiente alfa de Cronbach de la escala DQOL global fue 0,89; el coeficiente alfa de Cronbach varió de 0,80 a 0,94 para las subescalas. La angustia, la incomodidad y sus síntomas, la depresión, la movilidad, las actividades habituales y la vitalidad en la escala 15D tuvieron correlaciones estadísticamente significativas con la preocupación social/vocacional y la preocupación relacionada con la diabetes en la escala DQOL que indica una buena validez convergente. El análisis factorial identificó cuatro subescalas: satisfacción, "impacto", "preocupación relacionada con la diabetes" y "preocupación social / vocacional". Concluyeron: que los análisis estadísticos mostraron que la versión turca de la DQOL es un instrumento válido y confiable para medir la CdV relacionada con la enfermedad en pacientes con diabetes. Es una herramienta de evaluación simple y rápida con aproximadamente 15 +/- 5,8 minutos de tiempo de administración para medir la calidad de vida en esta población. (30)

Pawar S., Thakurdesai P. Et al, realizaron en el 2013 un estudio de nombre: Traducción y validación de la versión hindi de la calidad de la diabetes de Vida - Medida (DQOL-M) en pacientes indios con diabetes tipo 2 con el Objetivo de probar la confiabilidad y validez y de la versión hindú recién traducida del instrumento DQOL-M en poblaciones diabéticas indias de tipo 2. Se llevó a cabo la traducción directa y se comparó la versión intermedia con el instrumento original para verificar la equivalencia lingüística. Después de probar La versión hindi final de DQOL-M se administró a 250 pacientes con diabetes tipo 2 dos veces en el intervalo de cuatro semanas. Parámetros psicométricos como el tratamiento satisfacción, impacto del tratamiento, preocupaciones de problemas vocacionales sociales de la diabetes fueron evaluados. El Alfa de Cronbach para el puntaje total se calculó para estudiar la confiabilidad del instrumento. Se obtuvieron los siguientes Resultados: la consistencia interna se evaluó usando alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de 0.86 para el puntaje resumido. Alfa de Cronbach para el tratamiento se encontró que la satisfacción era de 0,77, para el impacto del tratamiento era de 0,73 y por preocupaciones de las cuestiones vocacionales sociales se obtuvo una puntuación de 0.83. Sin diferencia significativa se observó en el análisis de prueba-reprueba. Se evaluaron las correlaciones de Pearson para todas las cuatro subescalas y se encontraron significativas. Se Concluyó que esta modificación y la versión traducida final del instrumento confirma la validez lingüística del cuestionario para el idioma hindi y evalúa las propiedades psicométricas del cuestionario para validación psicométrica. Versión Hindi hindú de DQOL-M es un instrumento válido y confiable para medir la CVRS de pacientes diabéticos tipo 2. (31)

Fevzi Akinci, Aysegul Yildirim, Et al. Realizaron en el 2006 un estudio en Turkia sobre la Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con diabetes tipo 2 en Turquía Midieron la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una muestra de 376 pacientes con diabetes tipo 2 en Turquía utilizando el instrumento Calidad de vida de la diabetes (DQOL) y examinaron qué características clínicas sociodemográficas y relacionadas con la diabetes del paciente están asociadas con mejor calidad de vida (QoL). La influencia

de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en la CdV se examinó utilizando pruebas t de muestras independientes y análisis de varianza de una vía. La diabetes afectó significativamente la CVRS de los pacientes incluidos en este estudio. El puntaje promedio de la medida DQOL total fue mayor entre los pacientes menores de 40 años, hombres, casados, con menos de 8 años de educación, que vivían con su familia y no tenían antecedentes familiares de diabetes ($p < 0.05$). De forma similar, los pacientes con menos de 5 años de duración de la enfermedad, sin complicaciones o con hospitalización previa, reciben insulina, y con $HbA_{1c} < 7$ informaron una CVRS general significativamente mejor ($p < 0,05$). Los pacientes con $IMC < 24$ tuvieron niveles más altos de satisfacción con la diabetes que aquellos con $IMC \geq 24$ ($p < 0.05$). La información sobre la CVRS relacionada con la diabetes es claramente de suma importancia para los médicos de familia y los responsables de las políticas para identificar e implementar intervenciones apropiadas para lograr un mejor control de la diabetes y, en última instancia, mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes. (33)

Guzman PTR, Enríquez NM. Realizaron un estudio en el 2010 sobre Determinar la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS, como Objetivo: Determino la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 del IMSS. Realizo un estudio prospectivo, trasversal, 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 graficas 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, X cuadrada e intervalo de confianza, encontraron los siguientes resultados; determinaron que la calidad de vida de

hombres y mujeres, con buena calidad 57.6% y 65.2% respectivamente, con regular calidad de vida 35.6% y 34.8% respectivamente y con mala calidad de vida 6.8% y ninguna respectivamente, concluyeron que del total de la población el 63.3% tiene buena calidad de vida, que los productos del descontrol metabólico se dan por la hipertensión arterial, el sobrepeso y obesidad, las variables que influyen para el deterioro de calidad de vida son pacientes sin escolaridad, más de 10 años de evolución, no usar insulina en forma oportuna y las enfermedades cardiovasculares. (34)

Diana I. Muñoz, Olga L. Gómez y Luz Carime Ballesteros en el 2014 realizaron un estudio llamado Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. Como objetivo Identificaron los factores correlacionados con la calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus 2 de bajos ingresos que asisten a control en dos hospitales de la red pública de Bogotá. Métodos: Estudio transversal que incluyó a 153 diabéticos de estratos 1 y 2. Las variables fueron características socio-demográficas, apoyo social, modos de vida y mediciones clínicas (HbA1c, IMC y colesterol). La calidad de vida se midió a través del SF-8. Resultados: El puntaje global físico de la calidad de vida relacionada con la salud fue de 41,4 (DE. 8,5); el puntaje global mental fue de 46,5 (DE. 7,3). Los puntajes de calidad de vida nunca fueron superiores a 50 puntos. Los factores correlacionados a una menor calidad de vida de las personas con DM2 en la escala física fueron la ocupación, apoyo social, actividad física y consumo de grasas; en la escala mental fueron la edad, la ocupación, el apoyo social y el consumo de cigarrillo. Conclusiones: Los pacientes de este estudio tienen una mala calidad de vida. Los factores correlacionados con la calidad de vida relacionada con la salud incluyen las características sociodemográficas, de apoyo social y de los modos de vida. Es importante tener en cuenta estos resultados en las políticas de salud pública con el fin de reorientar los modelos de atención en salud para el control de la diabetes. (35)

A. Hervás, A. Zabaleta, Et al. Realizaron en el 2007 un estudio llamado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”. Con el objetivo de Evaluar el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 en calidad de vida relacionada con la salud. Material y métodos. Estudio observacional transversal. Emplazamiento: una zona básica de salud de la Comunidad Foral Navarra (12.200 habitantes). Selección mediante muestreo aleatorio simple (n=95) del universo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 de nuestra zona básica de salud (n=655). Métodos: Calidad de vida relacionada con la salud valorada con los cuestionarios genéricos SF-36 y EQ-5D; comparación con las muestras de población general realizadas en España (SF-36), población general y >65 años de Navarra y población diabética española (EQ-5D). Resultados. Los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36: “Función Física” (76,6 ± 27,2 DE), “Dolor Corporal” (73,7 ± 26,2 DE), “Salud General” (54,7 ± 22,4 DE), “Función Social” (84,2 ± 21,7 DE), “Rol Emocional” (84,7 ± 28,9 DE). Comparando los datos con la población general >60 años, sólo dos conceptos de salud –“Salud General” y “Rol Emocional”– están igualados a los valores de referencia. Respecto a las tasas de respondedores a algún problema en las dimensiones del EQ-5D, destaca la dimensión “Ansiedad/Depresión” con un 43%. El valor de la escala visual analógica en los pacientes diabéticos es de 64,6. Conclusiones. Este trabajo aumenta la evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con una peor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. El impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no debería ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos (como la morbi-mortalidad). (36)

Un estudio realizado en la Clínica.-Hospital “Dr. Francisco Padrón Poyou” del IMSS, en San Luis Potosi, participaron pacientes que acudian a la consulta externa diagnosticadas con Diabetes Mellitus 2 por sus medicos tratantes realizaron medición con la escala de calidad de vida relacionada con la salud (ESCAVIRS) para evaluar la calidad de vida. Los resultados revelaron que el 43% de la muestra

curso con algun grado de deterioro en su calidad de vida en las areas evaluadas. Sobresalen las áreas de interacción con el equipode salud, la disfuncion sexual, los pacientes emocionales y fisicos. Tienen mas riesgos para deterioro aquellos pacientes con mas de cinco años de evolución de DM2, nivel educativo bajo y edad mayor de 50 años. Concluyendo que el grado de deterioro de la calidad e vida en este tipo de pacientes es progresiva y esa asociada a la evolución degenerativa de la enfermedad.⁵³

Alberto Quirantes Hernández, Leonel López Granja, Et al, realizaron en el 2010 un estudio llamado “LA CALIDAD DE LA VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO” En esta investigación se muestran los datos de prevalencia y caracterización de todos los pacientes diabéticos de la población total del Policlínico Docente "Cerro" y tomando en consideración la importancia de esta institución, puede considerarse representativa de lo que sucede en el resto del municipio. Tambièn se presenta la estructura del programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético" y el ahorro esperado con su aplicación, programa que tiene como fin disminuir la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad y que ya se comenzó a aplicar a la población diabética del municipio Cerro. Métodos: A través de la sección de estadísticas de la Dirección Municipal de Salud del Cerro y de los 60 consultorios de atención primaria de salud del Policlínico Docente "Cerro", se obtuvieron los datos poblacionales y de todos los diabéticos existentes en este territorio al finalizar el año 1996 y que, dadas sus características, fue considerado como representativo de lo que sucede en todo este municipio. Con una población total de 35 157 habitantes se encontraron 1 390 diabéticos: 542 hombres y 848 mujeres para una tasa por 1,000 habitantes de 33,4 para el sexo masculino, y 44,8 para el femenino, siendo la general de 39,5. La población fue dividida en 4 grupos etáreos: 0-19, 20-39, 40-59 y mayores de 60 años, y que llamamos grupos etáreos biofuncionales (GEBF). En ese orden las tasas de prevalencia fueron: 1,3 - 14,2 - 53,4 - 118,3. Según GEBF y sexo, tanto en el masculino como en el femenino, se presentó un comportamiento coincidente con las tasas generales de prevalencia por GEBF; pero, en cuanto al tipo de diabetes, existían 154 (11,1 %) del tipo 1 y 1 236 (88,9 %)

del tipo 2. Según los GEBF y los tipos de diabetes, éstos se comportaron de la siguiente forma: tipo 1 - 81,8 %, 25,0 %, 9,5 % y 7,9 %; tipo 2 - 18,2 %, 75,0 %, 90,5 % y 92,1 %. En la población diabética se investigaron algunos aspectos de su salud relacionados con la diabetes mellitus: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, infarto cardíaco, accidentes cerebrovasculares, mal perforante plantar, amputados y ciegos secundarios a la diabetes, insuficiencia renal crónica y sobrepeso corporal. También se investigó el número de diabéticos con ingresos hospitalarios y fallecidos por esta enfermedad durante todo el año que consideramos en este trabajo. Se cuantificaron varios parámetros del estilo de vida de la población diabética siguiendo criterios uniformes en los 60 consultorios de atención primaria de salud donde se realizó la encuesta y que fueron: asistencia sistemática a consultas médicas, podológicas y estomatológicas, pacientes sin educación diabetológica alguna, los que llevan vida sedentaria y los fumadores habituales. Con ellos se expone y discute el programa "Mejorar la Calidad de la Vida del Diabético", que de manera sencilla, efectiva, económica y verificable, reduciría la mortalidad, las complicaciones y los costos de esta enfermedad. Tomando como base el presupuesto total del Ministerio de Salud Pública para todo el país, para la Ciudad de La Habana y para el Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" y deduciendo el costo de la diabetes mellitus para cada uno de estos 3 niveles, se calcula el ahorro que pudiera lograrse para cada uno de ellos en los 3 primeros años de la aplicación del programa, si consideramos que con él se ahorraría un 10 % anual de los gastos derivados de la enfermedad. Resultados: En primer lugar se encontró la hipertensión arterial (35,2 %) seguido del sobrepeso corporal (31,1 %), la cardiopatía isquémica (19,4 %), el infarto cardíaco (4,3 %), los accidentes cerebro-vasculares (3,2 %), el mal perforante plantar (3,2 %) y las amputaciones (2,1 %), los ciegos (1,6 %) y la insuficiencia renal crónica secundaria a la diabetes mellitus (1,5 %). Los diabéticos ingresados (4,1 %) y los fallecidos (3,2 %) durante el año analizado fueron considerados cuando la diabetes estuvo presente como causa directa o básica de ambos acontecimientos. Se observó que la elevada inasistencia a consultas esenciales para el diabético, la falta de educación diabetológica, el tabaquismo y la vida sedentaria en una cuantía considerable de estos enfermos, nos dice que esto es debido a una baja percepción

del riesgo que entraña esta conducta por parte de los pacientes y sus familiares, por una falta de información y control. Conclusiones: Después del análisis de la prevalencia, el comportamiento, así como la mortalidad y las complicaciones de la diabetes mellitus en un sector de población importante del municipio Cerro, se concluye que el estilo de vida de la población diabética puede ser modificado favorablemente, aplicando un sistema de prevención sencillo y económico por parte de los médicos y enfermeras de la atención de salud primaria con la asesoría y el apoyo del nivel de atención secundario. Ello conllevaría a una razonable disminución de la mortalidad, las complicaciones y los costos que se derivan de esta enfermedad, aspirando a que la experiencia positiva que pueda derivarse de la aplicación de este programa piloto a nivel municipal, pueda ser generalizada a los diabéticos de todo el país. (37)

COMO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN DIABETICOS

Hong Cai, Guichen L, Realizaron en el 2016 un estudio llamado “Effect of exercise on the quality of life in type 2 diabetes mellitus: a systematic review” Con el siguiente propósito: Los pacientes diabéticos tienden a tener una mala calidad de vida. Se considera que el estilo de vida sedentario es un factor de riesgo modificable para la diabetes tipo 2 y un predictor independiente de mala calidad de vida. El ejercicio es un tratamiento clave para las personas que viven con diabetes. El objetivo de este estudio fue realizar una revisión sistemática para evaluar el efecto del ejercicio en la calidad de vida de las personas con diabetes tipo 2. Métodos: Realizaron una revisión sistemática utilizando los ítems de informes preferidos para las revisiones sistemáticas y las pautas de metaanálisis. Se realizaron búsquedas en PubMed, Web of Science, Embase, Cochrane Library, CINAHL y tres bases de datos chinas hasta enero de 2016. La revisión incluyó todos los ensayos clínicos que evaluaron el efecto del ejercicio en la calidad de vida en comparación con la atención habitual para personas con diabetes tipo 2. Dos revisores evaluaron de forma independiente la calidad de todos los estudios incluidos, utilizando el Downs and Black Quality Index (QI). Resultados: Treinta estudios cumplieron los criterios de inclusión, con 2785 participantes. Dividieron el ejercicio en cuatro modos: aeróbico, resistencia,

una combinación de resistencia aeróbica y yoga. El ejercicio aeróbico mostró un efecto significativo entre los grupos. La resistencia y el ejercicio combinado mostraron resultados mixtos. El yoga también mostró buenos efectos de intervención en la calidad de vida. Conclusiones: El efecto del ejercicio aeróbico en la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 fue seguro y efectivo. Entonces, la mayoría de los estudios sobre el ejercicio aeróbico fueron de buena calidad metodológica. Los efectos del ejercicio de resistencia y el ejercicio combinado sobre la calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 fueron variados, y el efecto del yoga en la calidad de vida aún requiere más investigación. (40)

Andrew J. Palmer, Stéphane Roze, William J. Valentine, Michael E. Minshall, Morten Lammert, Alan Oglesby, Clarice Hayes & Giatgen A. of the University of York, en Estados Unidos de America realizaron un estudio en el 2004. Con el nombre ¿Qué impacto tendría la preservación de las células beta pancreáticas en la esperanza de vida, la calidad ajustada a la esperanza de vida y los costos de las complicaciones en pacientes con diabetes tipo 2: con una proyección utilizando el modelo de diabetes CORE?, con el siguiente objetivo: la diabetes tipo 2 se caracteriza por la falla progresiva de la función de las células beta pancreáticas en un contexto de resistencia a la insulina. Las intervenciones multifactoriales, incluido el control intensivo de la glucemia y la presión arterial, reducen el riesgo de aparición y progresión de complicaciones. Sin embargo, el tratamiento actual de la diabetes tipo 2 se centra en el tratamiento de los signos y síntomas de la enfermedad en lugar de enfocarse en las causas subyacentes. Varias intervenciones farmacológicas más nuevas, como las tiazolidindionas y los péptidos similares al glucagón, se han mostrado prometedoras desde el principio para preservar la función de las células beta pancreáticas. El objetivo de este estudio fue investigar el impacto de la estabilización de la función de las células beta en los resultados a largo plazo en pacientes con diabetes tipo 2. Métodos: El modelo de diabetes CORE se utilizó para proyectar la esperanza de vida, la esperanza de vida ajustada por calidad y los costos totales de complicaciones de por vida para una cohorte de pacientes recién diagnosticados con diabetes tipo 2, ya sea con un aumento típico de HbA1c a lo

largo del tiempo como se observó en el UKPDS, o suponiendo la estabilización de HbA1c después del diagnóstico con un nuevo tratamiento hipotético, que representa la estabilización de la función de las células beta. Los costos debido a complicaciones relacionadas con la diabetes (desde una perspectiva de terceros pagadores de EE. UU.) Se descontaron al 3% anual. Se calcularon tanto la esperanza de vida como calidad de vida, sin descuento y descontados (al 3% anual). Se realizaron análisis de sensibilidad para probar la solidez de los resultados. Resultados: durante un período de 50 años, en una cohorte sin aumento de HbA1c a lo largo del tiempo, la esperanza de vida y la calidad de vida mejoraron por media 1,02 (0,36) y 0,96 (0,25) años, y los costos totales de las complicaciones se redujeron en \$ 6,377 (2,568) por paciente en comparación con la cohorte con un aumento típico de HbA1c a lo largo del tiempo. Los resultados fueron robustos bajo una amplia gama de supuestos plausibles. Conclusiones: las nuevas intervenciones que estabilizan la función de las células beta pancreáticas pueden tener un impacto importante en la duración y la calidad de vida, y pueden reducir los costos de complicaciones en pacientes con diabetes tipo 2. (41)

FORMAS DE EDUCAR AL DIABETICO, COMO ALTERNATIVA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

Con la enseñanza, se busca que el diabético conozca su trastorno y que logre y conserve un control adecuado de su enfermedad, sin deteriorar su calidad de vida (en el mejor de los casos, mejorándola). La asistencia y el tratamiento de la diabetes involucra a familia y amigos, de tal manera que muchos diabéticos desean que un pariente o un amigo cercano los acompañe a las sesiones de educación. Esta tarea debe seguir un enfoque multidisciplinario, que incluya al médico, a los enfermeros especializados en diabetes, al nutriólogo y al podólogo, porque todos ellos intervienen de forma decisiva e importante en aspectos perfectamente identificados de responsabilidad, aunque cada miembro del grupo debe ser capaz de aportar información básica en todos los aspectos de la asistencia. Se tendrá enorme cuidado de asegurar que los consejos y orientación dados son congruentes, y que existe una comunicación satisfactoria entre los miembros de dicho "equipo". La

forma en que se educa a las personas depende en gran medida de los recursos disponibles y el número de individuos por enseñar. En circunstancias óptimas, todo diabético debería tener la oportunidad de que los enfermeros especializados en diabetes y los dietistas, le dedicaran una sesión individual y de preferencia, dos o tres de ellas. Es una tarea intensiva pero permite brindar los consejos y orientación para adaptarlos específicamente a los hábitos y estilo de vida de cada persona. Además, en una gran clínica hospitalaria es posible organizar una serie de clases para grupos de diabéticos, fuera de sus visitas clínicas. Si es poco el personal disponible, quizá el único método factible para transmitir información a un número importante de personas sean las sesiones en grupo. Para ello el número óptimo sería de ocho a doce diabéticos. La enseñanza en grupo por lo común brinda magníficos resultados, en particular porque permite la interacción entre sus integrantes, y el diabético puede plantear problemas a los que a veces los profesionales no conceden mucha importancia. Sin embargo, el líder del grupo debe tener conocimientos básicos de la dinámica grupal para conservar activa la sesión, evitar que predomine una persona, y también alentar a los diabéticos más tímidos a una participación activa. Es importante recordar que para algunas personas las sesiones de grupo pueden representar situaciones amenazadoras, y a veces los enfermos no pueden acudir fácilmente a clases adicionales por dificultades en su trabajo o por los gastos que ocasionan los viajes. En una clínica de menor tamaño o en casos en que las personas viajen desde puntos geográficos muy lejanos y el número de asistentes sea corto, quizá convenga más hacer que coincidan las sesiones de enseñanza con las visitas clínicas sistemáticas y programadas.

El programa de educación La agenda es diferente para aquellos diabéticos que necesitan insulina y para los que no la necesitan, y tal vez ninguno necesite la información expuesta. Es importante explicar y demostrar técnicas prácticas y después dar al individuo la oportunidad de llevar a la práctica el procedimiento aprendido en presencia del maestro. Conviene también revisar a intervalos periódicos las técnicas, para que no disminuya su nivel de calidad. Es útil que el educador lleve una lista de repaso de los temas por cubrir que lo ayude a no omitir aspectos vitales de la enseñanza. También se necesita conservar notas de

cualquier problema particular o puntos de duda, para así exponer estos temas en fecha ulterior. También es esencial que el diabético sepa la forma en que puede solicitar ayuda, así como la persona a la que debe dirigirse en los primeros días y también en situaciones posteriores de urgencia. A menudo el médico en diabetes es la que se ocupa de aportar dicha información en horas de trabajo, pero es importante que el enfermo cuente con orientación y consejo fuera de las horas hábiles del personal. (42)

Información "indispensable" para sobrevivir las Casos iniciales de diabetes:

1. ¿Qué es la diabetes?
2. Acción de la insulina
3. Finalidades del tratamiento
4. Mediciones seriadas de la glucosa: técnica, horas del día
5. Inyecciones: técnica, horas del día, sitios, conservación de la insulina, eliminación
6. Entrega de la tarjeta de identificación
7. Exención de prescripciones
8. Conducción de automóviles y seguros de vida y médicos
9. Números telefónicos para avisar en casos de emergencia
- 10 Hipoglucemia: síntomas básicos, tratamiento.

Se debiera realizar una educación continua, ya que gran parte de la información que se suministra en las primeras sesiones de enseñanza las olvidará por completo el diabético, o las recordará solo de modo parcial. Conforme surjan nuevas experiencias y él afronte situaciones diferentes, se necesitarán otros conocimientos. Además, la práctica médica evoluciona y cambia. Por todas estas razones, la educación debe continuar durante toda la vida del enfermo para de esta forma mantenerlo actualizado, permitirle que adquiera datos y experiencias, y corrobore técnicas en la práctica. Parte de esta tarea se logra "sobre la marcha" cuando surge una crisis aguda o una gran modificación del tratamiento o del estilo de vida.

Por lo tanto llegamos a la conclusión que la educación es parte integral de la educación del diabético, y es de máxima importancia proporcionarle una vida plena y activa. Es necesario educar al diabético para que sea capaz de controlar

satisfactoriamente su enfermedad. Después de la sesión inicial de enseñanza precedida por el diagnóstico, se realizarán sesiones regulares y constantes, que permitan el refuerzo y la actualización de los datos adquiridos. Con la educación se busca no solo transmitir conocimientos, sino entrenar al diabético para que aproveche la información recibida y la aplique adecuadamente en su provecho. (42)

Existen Estas "7 Leyes del Éxito del Paciente

Diabético" son:

- 1) Asistencia mensual a las Plenarias de Instrucción Diabetológica.
- 2) Asistencia trimestral a la consulta médica.
- 3) Asistencia mensual al podólogo.
- 4) Asistencia semestral al estomatólogo.
- 5) Alcanzar y/o mantener el peso ideal.
- 6) Practicar sistemáticamente ejercicios físicos de acuerdo con la edad.
- 7) No fumar.

Como puede apreciarse, para todo lo anterior no se requieren técnicas costosas o sofisticadas, ni siquiera la dedicación a tiempo completo para este tipo de labor, que bien puede insertarse en el horario normal de trabajo de todos los pacientes en el programa. Sólo es necesario una jerarquización adecuada, una integración armónica entre los niveles de atención de salud primario y secundario, y que el equipo de atención primaria (médico y enfermera) desarrolle una voluntad de acción permanente sobre la población diabética que recibe sus servicios; teniendo como pivote central las Plenarias de Instrucción Diabetológica pues la política grupal es la que va a permitir el exitoso cumplimiento de las 6 leyes restantes. "Las 7 Leyes del Éxito del Paciente Diabético" inducen al enfermo a realizar acciones netamente preventivas, que son mundialmente aceptadas como las más efectivas para mantenerlo controlado y para prevenir complicaciones (43-47).

¿Cómo se puede entonces mejorar la calidad de vida del paciente con diabetes?

Las personas que viven con diabetes y quieren mejorar su calidad de vida requieren implementar modificaciones en su vida y necesariamente conocer varios aspectos de su enfermedad tales como:

- Causas de la diabetes
- Eliminación de mitos
- Identificar cuáles son las metas de control saludables
- Conocer el funcionamiento de cada uno de los medicamentos
- Conocer y practicar las conductas de autocuidado
- Saber cuándo se debe realizar estudios de laboratorio
- Ser consciente de qué áreas del cuerpo se pueden ver afectadas
- Reconocer y expresar las emociones o estados de ánimo que afecten en el autocuidado y en el apego al tratamiento.
- Llevar una atención multidisciplinaria para su control y tratamiento.

El objetivo del tratamiento de la diabetes es aumentar la sensación de bienestar, ofrecer alternativas para el seguir con el tratamiento y prevenir las complicaciones incapacitantes de la enfermedad.

El paciente que vive con diabetes, sus familiares y el equipo de salud tendrán que jugar un papel activo y responsable fomentando el autocuidado de tal manera que se logren identificar las ventajas y desventajas de conductas saludables, percibir el beneficio en la salud y aumentar la calidad de vida. (48)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las estimaciones más recientes en el año 2013, de la Federación Internacional de Diabetes indican que 8.3% de los adultos (382 millones) en el mundo, tienen diabetes y se espera que esta cifra se incremente a 592 millones para el año 2035. Es la segunda causa de muerte en el Estado de Guerrero, y constituye en la actualidad la primera causa de mortalidad y de hospitalización en la población derechohabiente del IMSS, a su vez se encuentra entre los principales motivos de demanda de consulta de medicina familiar y especialidades, así como de egresos hospitalarios. Sin embargo existen 175 millones de casos no diagnosticados (46%), por lo cual un gran número de personas con diabetes sin diagnóstico, están progresando a desarrollar complicaciones. En el control de este padecimiento es de suma importancia medir el proceso salud enfermedad, puesto que la información oportuna y precisa sobre la prevención, los factores de riesgo, la aparición de las complicaciones, invalidez y muerte; nos darán una mejor calidad de vida. El 35% de pacientes tienen una mala calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 estos resultados pueden estar dados por un control metabólico inadecuado, falta de adherencia al tratamiento, y un estilo de vida inadecuado, así también situaciones que pueden condicionar una mala calidad de vida, se encuentran: El Contexto ambiental inadecuado, un mal entorno social, condiciones de vida deplorables, insatisfacciones personales, cultura baja, alimentación y nutrición desequilibradas, falta de actividad física, sentir rechazo hacia la abundancia y excelencia, vivir con pensamientos limitantes, liberar las emociones negativas, perder la autoestima y la alegría, aferrarse al pasado y dependencia en las relaciones.

Dentro de la consulta de medicina familiar existe una gran demanda de consulta por enfermedades crónico degenerativas, en especial la diabetes mellitus. Una mala calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus tipo 2, limita sus actividades, modifica su estilo de vida por tanto influye en el control glucémico de los pacientes, para lo cual se hace necesario identificar la calidad de vida a través de instrumentos validados.

Diferentes autores recomiendan la evaluación de la calidad de vida como herramienta útil en los consultorios de primer nivel de atención, con la finalidad de identificar en forma temprana factores en donde incidir de manera más específica y dirigida. Con este estudio se lograra identificar la satisfacción, impacto, apego al tratamiento, socialización y situación vocacional, misma que nos permitirá conocer qué tipo de calidad tienen los pacientes Diabéticos de nuestra Unidad de Medicina Familiar.

En base a esto surgió mi pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 9?

JUSTIFICACION.

La diabetes mellitus es una de las principales causas de consulta externa en las unidades de medicina familiar. El médico familiar debe otorgar una atención con enfoque de riesgo, debe dar información que permita modificar el estilo de vida, así como realizar intervenciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas que favorezcan la salud de los pacientes y mejoren su calidad de vida. Es importante que los médicos familiares utilicen instrumentos validados para evaluar la calidad de vida, y con ello contribuir en el manejo multidisciplinario del paciente con diagnóstico de diabetes mellitus, debido a la relación que existe entre la calidad de vida y el control glucémico, el que a su vez depende de múltiples factores psicosociales y conductuales.

En medicina familiar es necesario contar con aspectos conceptuales, sus alcances y sus limitaciones, así como su desarrollo histórico a partir de tres tradiciones básicas, la investigación del concepto de felicidad, en la psicología, la de indicadores sociales en la sociología y la investigación del estado de salud en las ciencias médicas. Es muy importante que el médico familiar tenga conocimiento de los factores que influyen en la calidad de vida. Se debe facilitar al paciente la información que permita cambios en el estilo de vida aunados a evaluaciones clínicas y pruebas diagnósticas periódicas que ayuden a realizar diagnósticos tempranos que favorezcan en la salud de los pacientes con el fin de mejorar la calidad de vida.

El médico familiar en su práctica al poder realizar una medición de calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 puede identificar áreas importantes relativas al componente afectivo y funcional los cuales están influenciados por la percepción subjetiva del individuo; lo cual permitiría un proceso de toma de decisiones en el abordaje de este grupo de población con el objetivo de atenuar sintomatología, evitar complicaciones y mejorar el bienestar del paciente.

La diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de consulta externa en la UMF9 de Acapulco Guerrero de acuerdo al diagnóstico situacional de la unidad. En nuestro medio son pocos los estudios que evalúan la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo2.

HIPOTESIS.

La población de pacientes diabéticos tienen en un 55% buena calidad de vida.

La población de pacientes diabéticos tienen en un 38% regular calidad de vida.

La población de pacientes diabéticos tienen en un 7% mala calidad de vida.

Los pacientes que tengan más de 10 años de evolución van a tener una mala calidad de vida.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

Medir la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 9

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores asociados a la mala calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar con que complicaciones agudas o crónicas de la diabetes mellitus tipo 2 se relacionan con la población en estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: estudio transversal analítico prospectivo.

Población y muestra: La población total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son 27800 pacientes de los cuales el tamaño de la muestra quedaría de un total de 201 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con nivel de confianza del 95%, precisión del 3%, proporción del 5%, con 15% de perdidas esperadas. Por lo tanto la muestra ajustada a las perdidas quedaría de 237 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Periodo del estudio: Enero 2018-Abril2018

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS Acapulco, Guerrero

Instrumentos y procedimientos de recolección de datos:

Se utilizara el cuestionario adaptado al español para medición de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, llamado EsDQOL. El EsDQOL se caracteriza

por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92. En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el EsDQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de calidad de vida.

4 dimensiones: «Satisfacción» (15 preguntas), «Impacto» (20 preguntas), «Preocupación social/vocacional» (7 preguntas) y «Preocupación relativa a la diabetes» (4 preguntas). Las respuestas se cuantificaron utilizando una escala Likert de 5 respuestas ordinales:

«Satisfacción»: con un rango de 1 = muy satisfecho, 2 = bastante satisfecho, 3 = algo satisfecho, 4 = poco satisfecho y 5 = nada satisfecho. Si en todas las preguntas el paciente se halla muy satisfecho, tendrá una puntuación global de 15; es decir, se trata de un paciente muy satisfecho con todos sus actos.

«Impacto»; «Preocupación social/vocacional»; «Preocupación relativa a la diabetes»: con un rango de 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Las puntuaciones mínimas de estas dimensiones son: 20, 7 y 4, puntos respectivamente, lo que significaría que la diabetes ejerce escaso impacto y poca preocupación en la vida de las personas afectadas. La puntuación total de cada sujeto en la escala es la suma de las puntuaciones dadas a cada pregunta del cuestionario. Finalmente, se ha demostrado que el EsDQOL es una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente. Sin duda alguna éstas son buenas y suficientes razones para que el DQOL sea una de las medidas de evaluación de calidad de vida específica para Diabetes Mellitus más utilizada con fines clínicos y de investigación.

8.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.5.1 Criterios de inclusión:

Pacientes:

- Con diabetes mellitus tipo 2
- Mayores de 18 años.
- Derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.9 del IMSS

- Ambos géneros
- Que acepten participar en el estudio.
- Sin importar estado civil

8.5.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes gestantes.
- Pacientes con alteración en las funciones cerebrales superiores.
- Negativa a participar
- Cuando el acompañante intervenga en la respuesta

8.5.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

8.6 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionarán a todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años y que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

8.6.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística por conveniencia: La investigación trabajará con 237 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años que cumplan los criterios de inclusión en el periodo establecido entre Enero 2018 a Abril 2018, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 9. De un total de la población de 27800, con nivel de confianza del 95%, precisión del 3% y proporción del 5%, con proporción ajustada por pérdidas del 15% dando un tamaño de muestra de 237 pacientes.

8.7. DEFINICION DE LAS VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo variables	Escala
Calidad de vida	Es la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura. Sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones	Se medirá con el instrumento EsDQOL.	Cualitativa Ordinal	1) Buena 2) Regular 3) Mala
Sexo	Distinción biológica que clasifica a los individuos en mujeres y hombres.	A través de su expresión fenotípica.	Cualitativa	1 femenino 2 masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Cuantitativa Discreta	1) 18-30 años 2) 31- 50 años 3) 51- 70 años 4) Mayor de 70 años
Estado civil	Condición legal del adulto ante la sociedad	Situación legal en que se encuentra en el momento de la entrevista	cualitativa	1) soltero 2) casado 3) unión libre 4) separado 5) divorciado 6) viudo
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente, años de escolaridad alcanzadas por el adulto	Grado de estudios alcanzados hasta el momento de la entrevista	cuantitativa	1) primaria 2) secundaria 3) bachillerato 4) licenciatura 5) postgrado
Ansiedad	Reacción global del organismo ante una situación que	Manifestaciones somáticas: aumento de la	Cualitativa	1) si

		percibe como amenazante a su existencia	como a su	tensión muscular, mareos, taquicardia, palpitaciones, parestesias, temblor. Manifestaciones cognoscitiva-conductuales y afectivos: intranquilidad, inquietud, miedos irracionales, ideas catastróficas, preocupación exagerada.		2) no
Años evolución	de	Tiempo evolución enfermedad.	de	Se tomara en cuenta a la fecha de diagnóstico y la del año actual y se calculara la diferencia en años	Cuantitativa	1) < 10 años 2) > 10 años
Tratamiento		Del verbo tractare, que puede traducirse como "tratar", y del sufijo – miento, que es sinónimo de "instrumento o resultado".		Tratamiento adecuado se considera cuando el paciente se encuentra en control de la enfermedad. Tratamiento inadecuado cuando el paciente se encuentra en descontrol de la enfermedad.	Cuantitativa	1) Adecuado 2) Inadecuado
Complicaciones agudas o crónicas	o	Se considera a la presencia de un estado no deseado y / o inesperado en la evolución prevista de determinada enfermedad.		Complicaciones agudas de la diabetes mellitus tipo 2 son: Cetoacidosis diabética, Síndrome hiperglucemico hiperosmolar, Hipoglucemia y Acidosis láctica.	Cualitativa	1) Agudas 2) Crónicas

Complicaciones
crónicas de la
diabetes mellitus
tipo 2,
Microvasculares:
Retinopatía
diabética,
Nefropatía
Diabética,
Neuropatía
Diabética.
Macrovasculares:
Cardiopatía
isquémica,
Arteriopatía
periférica,
Enfermedad
cerebrovascular,
Estenosis de
arteria renal,
Aneurisma de
aorta abdominal,
Pie Diabético.

8.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.8.1 CEDULA DE IDENTIFICACIÓN SOCIODEMOGRAFICA Y DE SALUD

Para la obtención de datos generales del paciente se aplicará la cédula creada por el investigador con la finalidad de obtener información general como edad, género, ocupación, escolaridad, etc., el objetivo es realizar una base de datos que sirva para el análisis estadístico de las variables.

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

8.8.2 CUESTIONARIO ADAPTADO AL ESPAÑOL DQOL

Se utilizara el cuestionario adaptado al español para medición de calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, llamado EsDQOL. El EsDQOL se caracteriza por adecuada consistencia interna, con alphas de Cronbach de 0.47 a 0.92, y altos coeficientes de estabilidad temporal, que van desde 0.78 a 0.92. En lo que respecta a la validez de constructo, se ha probado que el EsDQOL se relaciona de manera moderada y consistente con medidas de síntomas psicológicos, bienestar y ajuste a enfermedad, y con medidas genéricas de calidad de vida. Además se cuenta con evidencia de validez discriminante del EsDQOL. Las puntuaciones de esta escala se relacionan significativamente con la severidad y número de complicaciones médicas, y con el tipo de tratamiento médico de los de los pacientes.

Finalmente, se ha demostrado que el EsDQOL es una medida sensible al cambio clínico en el funcionamiento del paciente. Sin duda alguna éstas son buenas y suficientes razones para que el EsDQOL sea una de las medidas de evaluación de calidad de vida específica para Diabetes Mellitus más utilizada con fines clínicos y de investigación.

8.9. DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO

Previo autorización por el Comité local de Investigación y Ética en investigación y Salud (CLIES 1101), se invitará a participar en mi protocolo de estudio a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acudan al servicio de atención médica continua o sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar en el periodo de Enero del 2018 a Abril del 2018. En caso de aceptar solicitaré la firma del consentimiento informado con 1 testigo de preferencia. Entregaré el cuestionario auto-aplicable EsDQOL a los pacientes con diabetes mellitus tipo2 mayores de 18 años. Previo a su aplicación, este documento se piloteará con 5 pacientes que acudan al servicio de atención médica continua de la UMF No. 9

Abarca 4 secciones:

1. Satisfacción de la DM tipo2 que consta de 15 preguntas.
2. Impacto de la DM tipo2 que consta de 17 preguntas.

3. Preocupación social/vocacional relacionada con la DM tipo2 que consta de 7 preguntas.

4. Preocupación relativa a la DM tipo 2 que consta de 4 preguntas.

Los datos serán capturados en una base de datos en Excel y procesados en el paquete estadístico informativo SPSS versión 23.

8.9.1. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Previa autorización del proyecto por el CLIEIS 1101 y las autoridades correspondientes; entrevistaré a los pacientes con diabetes mellitus tipo2 mayores de 18 años que se presentan al servicio de Atención Médica Continua o Consultorio de Medicina familiar en el periodo de Enero 2018 a Abril 2018 explicaré en que consiste su participación en el estudio y el procedimiento que se realizará así como el objetivo que persigue y si desea participar, en caso de aceptar se firmara el consentimiento informado con 1 testigo de preferencia. Se procederá a aplicar los cuestionarios: Cedula Sociodemográfica y DQOL el cual consta de un cuestionario de 43 preguntas de las cuales; evalúa 4 apartados: Satisfacción, Impacto, Preocupación social/vocacional, Preocupación relativa a la DM tipo 2. Durante el periodo de estudio de Enero 2018 a Abril 2018 turno matutino y vespertino; los pacientes deberán cumplir con los criterios de inclusión, durante el periodo estipulado previamente y que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Una vez obtenido el total de muestras, se procederá a elaborar una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 de acuerdo a cada ítem de las encuestas y se analizará en el programa SPSS versión 23.

9.- ANÁLISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico y de resultados se elaborará mediante el empleo de hojas de cálculo y una base con el programa Excel 2010 para el sistema operativo de Windows. Los datos recolectados serán vaciados en el programa SPSS versión 23.0. La fuerza de la asociación se estimará a través del cálculo de la OR y su respectivo intervalo de confianza del 95%. En la descripción de las variables del estudio, se hará un análisis univariado y bivariado se describirán frecuencias

simples de las características de la población participante. También se realizará estandarización en el manejo del instrumento y el proceso de recolección.

10. - CONSIDERACIONES ÉTICAS

La elaboración de este proyecto de investigación estará previamente autorizada por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigaciones en Salud (CLIEIS 1101) y las autoridades correspondientes.

La planeación, ejecución y elaboración de este protocolo de estudio respeta y se basa en lo establecido por la Ley General de Salud, Capítulo III, publicados en el Diario Oficial de la Federación.

Conforme a la “Ley General de Salud” en su título segundo capítulo 1 del artículo 17, fracción I, se considera como “investigación sin riesgo”, ya que es un estudio que empleará técnicas y métodos de investigación documental donde no se realizará ninguna intervención o modificación intencionado en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio.

El Título Quinto referente a “Investigación para la Salud”, capítulo único, artículo 96 establece “La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan “; en su fracción II “Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social”; fracción III: A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población”.

El Artículo 100.-“La investigación en seres humanos se desarrollara conforme a las siguientes bases”; fracción I. “Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica”; fracción IV. “Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los

objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.”

Así mismo la elaboración de esta investigación no confronta la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que establece las recomendaciones y principios éticos para investigaciones médicas en los seres humanos, puesto que “Esta investigación médica se llevara a cabo por un investigador con las especificaciones que se solicita en la declaración de Helsinki, así como la supervisión de la misma. Así mismo “Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad”, y “En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, y posibles riesgos, previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento informado otorgado libremente por la persona, por escrito.

El presente protocolo ha sido planeado con el ideal de servir a la salud de la humanidad, por lo que se apegara a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación medica con seres humanos de Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y por lo tanto no incluye en su ejecución sufrimiento o daño innecesario y mental, en las personas que se involucran en el estudio, las cuales lo harán solo si es voluntariamente, con la libertad de finalizar o desistir en el momento que lo deseen. De la misma forma se abordará el estudio de acuerdo a lo establecido en el Informe Belmont, documento elaborado en 1979 por la National Comisión for the Protection of Human Subjets of Biomedical Reserch, en los Estados Unidos, que promulga los límites entre la práctica y la investigación cuyos principios éticos son el respeto a las personas, beneficencia, justicia. Por otra parte, también se ha contemplado realizar las aplicaciones de consentimiento informado, evaluación de riesgos y beneficios, y respetar la selección de las personas participantes, asegurando la autonomía y la seguridad de las personas

que se incluyeron en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es beneficio para toda la sociedad en general.

11. LOGISTICA

11.1 RECURSOS HUMANOS

11.1.1 INVESTIGADORES

Se requerirá a un médico investigador responsable, un director de tesis y un residente de primer año de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Guerrero.

11.1.2 ENCUESTADORES

Se requerirá a un encuestador capacitado en la aplicación de los instrumentos de medición y demás documentos a requisitar, contará con un nivel de estudio mínimo de licenciatura.

11.2 RECURSOS MATERIALES

Concepto	Cantidad	Precio unitario	Precio total
ACER V13. Modelo V3-371-377K. Sistema operativo de Microsoft con Windows 10	1 Unidad	\$10,000.00	\$10,000.00
Papel tamaño carta ecológico. Caja con 500 hojas.	1 caja	\$ 459.00	\$ 459.00
Tabla de acrílico con clip tamaño carta	4 piezas	\$ 29.00	\$ 116.00
Caja de archivo plástico carta	2 piezas	\$ 58.00	\$ 116.00
Engrapadora Pilot de Golpe cromada tira completa	2 piezas	\$ 133.90	\$ 267.80
Grapa estándar Pilot. Caja/5040	2 piezas	\$ 25.00	\$ 50.00
Impresora multifuncional HP Deskjet Ink Advantage 4625 e-All-in-One	1 unidad	\$ 1,199.00	\$ 1,199.00
Cartuchos de impresora HP Ink cartridge 670 KL color negro	4 piezas	\$ 150.00	\$ 600.00
Cartuchos de impresora HP Ink cartridge 670 KL color magenta	4 piezas	\$ 150.00	\$ 600.00

Cartuchos de impresora HP Ink cartridge 670 KL color amarillo	4 piezas	\$ 150.00	\$ 600.00
Cartuchos de impresora HP Ink cartridge 670 KL color clan	4 piezas	\$ 150.00	\$ 600.00
Corrector liquido BIC secado rápido	5 piezas	\$ 19.50	\$ 97.50
Bolígrafo BIC punto mediano azul Caja c/12.	5 cajas	\$ 33.50	\$ 67.00
Bolígrafo BIC punto mediano negro Caja c/12.	5 cajas	\$ 33.50	\$ 67.00
Memoria USB HP 16 GB	2 piezas	\$ 400.00	\$ 800.00
Perforadora	2 piezas	\$ 150.00	\$ 300
Broches fijadores de hojas	1 caja	\$ 100.00	\$ 100.00
Total			\$ 16659.30

11.3 RECURSOS FINANCIEROS

Se proporcionarán por el investigador en su totalidad, estimado en \$ 16659.30 moneda nacional.

12. RESULTADOS:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Se encuestaron a 236 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 mayores de 18 años, derechohabientes y adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Guerrero; de los cuales predomino el sexo femenino con 66.5% (157/236) y el sexo masculino con 33.5% (79/236). La edad promedio fue de 56.19 años, la media 55.19, la mediana de 55 años, la moda de 62 años, la desviación estándar 17.333, el rango de edad se encuentra entre los 18 a 92 años y el grupo que predomino fue el de 60 y más años, con 47% (111/236), clasificado según la OMS; de los cuales el 49.5% (114/236) estaban casados y el resto corresponde a los individuos solteros, divorciados, viudos y en unión libre. En nivel de escolaridad predomino Nivel medio superior con 33.5% (79/236). En ocupación predomino empleado con 30.9% (73/236) (Tabla 1)

TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO:		
Masculino	79	33.5%
Femenino	157	66.5%
EDAD:		
De 18-30 años	25	10.6%

De 31-50 años	62	26.3%
De 51-70 años	103	43.6%
Más de 71 años	46	19.5%

ESTADO CIVIL:

Soltero / a	31	13.1%
Casado / a	117	49.5%
Unión libre	33	14%
Viudo / a	24	10.2%
Divorciado / a	19	8.1%
Separado / a	12	5.1%

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Analfabeta	12	5.1%
Primaria	26	11%
Secundaria	42	17.8%
Nivel medio superior	79	33.5%
Licenciatura	77	32.6%

OCUPACIÓN:

Hogar	63	26.7%
-------	----	-------

Estudiante	14	5.9%
Empleado	73	30.9%
Comerciante	49	20.8%
Profesional	37	15.7%

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PACIENTE DIABETICO.

Se encontró que del total de pacientes encuestados con Diabetes Mellitus Tipo 2 la prevalencia con Buena calidad de vida fue del 61.9% (146/236), con Regular calidad de vida fue del 30.5% (72/236) y el 7.6% (18/236) con Mala calidad de vida. (Tabla 2)

TABLA 2. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II DE LA UMF09.

CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	146	61.9%
REGULAR	72	30.5%
MALA	18	7.6%
TOTAL	236	100%

CALIDAD DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO.

Se realizó análisis para establecer correlación entre las diferentes variables que se relacionan con la calidad de vida en los pacientes diabéticos en estudio; como son

el estado civil, edad, el tiempo de evolución de diabetes, género, escolaridad, ocupación, complicaciones y tiempo de diagnóstico.

Al relacionar el género con la calidad de vida se demostró que en el sexo femenino el 61.7% tiene buena calidad de vida y en el sexo masculino el 62% tiene buena calidad de vida, lo que nos traduce con el mismo porcentaje de población con buena calidad de vida sin importar el género, como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Género y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total
		Buena	Regular	Mala	
Sexo	Femenino	97	51	9	157
	Masculino	49	21	9	79
Total		146	72	18	236

El 83.3% de los pacientes viudos presentaron buena calidad de vida, de los divorciados el 68.4% presentaron una buena calidad de vida, los que se encuentran separados el 66.6% presentaron una buena calidad de vida, el 64.1% de los pacientes casados presentaron buena calidad de vida, el 58% de los pacientes solteros presentaron buena calidad de vida, de los pacientes en unión libre solo el 36.3% presentaron buena calidad de vida. Tabla 4.

Tabla 4. Estado civil y calidad de vida

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total
Estado civil	Casado / a	75	36	6	117
	Unión libre	12	16	5	33
	Soltero / a	18	11	2	31
	Viudo / a	20	1	3	24
	Divorciado / a	13	5	1	19
	Separado / a	8	3	1	12
Total		146	72	18	236

De los pacientes diabéticos que formaron parte de este estudio, presentaron una buena calidad de vida: los que se encontraban con un nivel de escolaridad licenciatura el 60%, con nivel medio superior fue el 50.6%, con nivel secundaria el 73.8%, con nivel primaria el 82.6% y de los analfabetas el 91.6% presento buena calidad de vida. Tabla 5.

Tabla 5. Nivel de escolaridad y calidad de vida.

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total
Nivel de escolaridad	Analfabeta	11	0	1	12
	Primaria	19	3	4	26
	Secundaria	31	10	1	42

	Nivel medio superior	40	34	5	79
	Licenciatura	45	25	7	77
Total		146	72	18	236

La ocupación se dividió de la siguiente manera: el 69.3% de los pacientes dedicados al comercio presentaron una buena calidad de vida, el 65% de los pacientes dedicados al hogar presento buena calidad de vida, de los empleados el 58.9% de los pacientes presento buena calidad de vida, el 54.7% de los pacientes con trabajo de acuerdo a su profesión presentaron buena calidad de vida y el 42.8% de los estudiantes presento buena calidad de vida. Tabla 6.

Tabla 6. Ocupación y calidad de vida.

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total
Ocupación	Empleado	43	24	6	73
	Hogar	41	17	5	63
	Comerciante	34	13	2	49
	Profesional	22	10	5	37
	Estudiante	6	8	0	14
	Total	146	72	18	236

En el tiempo de diagnóstico en los pacientes diabéticos, aquellos que tenían más de 10 años el 67.7% presento buena calidad de vida y con menos de 10 años el 80.4% presento buena calidad de vida. Tabla 7.

Tabla 7. Tiempo de diagnóstico y calidad de vida

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total
Tiempo del diagnóstico	Más de 10 años	42	13	7	62
	Menos de 10 años	104	59	11	174
Total		146	72	18	236

Se agrupo el tiempo de padecer Diabetes Mellitus tipo 2 para determinar la calidad de vida, los cuales dieron los siguientes resultados: aquellos de 1 a 5 años de evolución el 62.8% presento buena calidad de vida, de 6 a 10 años de evolución el 57.1% presento buena calidad de vida, de 11 a 15 años de evolución el 66.6% presento buena calidad de vida, de 16 a 20 años de evolución el 37.5% presento buena calidad de vida, aquellos con más de 20 años de evolución con la enfermedad presentaron el 100% buena calidad de vida. Tabla 8.

Tabla 8. Tiempo de evolución y calidad de vida.

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total

Tiempo de padecer Diabetes Mellitus Tipo 2	De 1 a 5 años	61	32	4	97
	De 6 a 10 años	48	27	9	84
	De 11 a 15 años	26	10	3	39
	De 16 a 20 años	3	3	2	8
	Más de 20 años	8	0	0	8
Total		146	72	18	236

De acuerdo a las citas a las que acudieron los pacientes durante el transcurso del año los resultados fueron los siguientes: los pacientes que acudieron de una a dos ocasiones a consulta el 63.3% presento buena calidad de vida, los pacientes que acudieron de tres a cuatro ocasiones a consulta el 54.9% presento buena calidad de vida, los pacientes que acudieron de cinco a seis ocasiones a consulta el 63.3% presento buena calidad de vida, los pacientes que acudieron en más de seis ocasiones a consulta el 63.3% presento buena calidad de vida. Tabla 9.

Tabla 9. Citas y calidad de vida.

		Calidad de vida			Total
		Buena	Regular	Mala	
Veces que acudió a consulta en el año.	Una-dos	19	9	2	30

	Tres- Cuatro	72	50	9	131
	Cinco-Seis	36	6	3	45
	Más de seis	19	7	4	30
Total		146	72	18	236

Se identificó que el 59.3% de los pacientes con depresión presentaron buena calidad de vida, el 72.6% sin depresión presentaron buena calidad de vida, el 20.7% de los encuestados no saben si presentan depresión. Tabla 10.

Tabla 10. Depresión y calidad de vida

		Calidad de vida			
		Buena	Regular	Mala	Total
Datos de depresión en el último año	Si	35	18	6	59
	No	93	27	8	128
	No lo saben				49
Total		128	45	14	236

De los pacientes encuestados con ninguna complicación el 78.2% presentaron buena calidad de vida, con complicaciones crónicas el 2.6% presento buena calidad de vida y aquellos con complicaciones agudas solo el 7.1% presento buena calidad de vida. Tabla 11.

Tabla 11. Complicaciones y calidad de vida.

		Calidad de vida			Total
		Buena	Regular	Mala	
Complicaciones	Agudas	1	1	12	14
	Crónicas	1	33	4	38
	Ninguna	144	38	2	184
Total		146	72	18	236

De acuerdo a el tratamiento que utilizaron los pacientes encuestados, aquellos que utilizan hipoglucemiantes orales el 50.8% presento buena calidad de vida, aquellos que utilizan insulina el 74.1% presento buena calidad de vida, aquellos que utilizan hipoglucemiantes orales e insulina juntos como tratamiento el 57.9% presento buena calidad de vida y no existió nadie con buena calidad de vida de los pacientes que no llevan ningún tipo de tratamiento.

Tabla 12. Tratamiento y calidad de vida

		Calidad de vida			Total
		Buena	Regular	Mala	
Tratamiento que utiliza para controlar	Hipoglucemiantes Orales	29	26	2	57

su Diabetes Mellitus tipo 2					
	Insulina	66	14	9	89
	Hipoglucemiantes Orales e Insulina	51	31	6	88
	Ningún tratamiento	0	1	1	2
Total		146	72	18	236

De acuerdo a las diferentes áreas que evalúa la calidad de vida, el instrumento de medición DQOL en su versión en español, se encontraron los siguientes resultados: Dentro del área de satisfacción y pacientes con buena calidad de vida: el 86.3% se encuentran satisfechos y el 35.9% se encuentra con satisfacción regular y ninguno insatisfecho. Tabla 13.

Tabla 13. Satisfacción con la vida y calidad de vida.

		Calidad de vida		
		Buena	Mala	Total
Satisfacción con la vida	Satisfecho	114	18	132
	Regular satisfacción	32	57	89
	Insatisfecho	0	15	15
Total		146	90	236

Dentro del área de impacto con la vida y pacientes con buena calidad de vida: el 77.3% no tiene impacto con su vida, el 33.8% tiene un impacto regular con su vida y el 8.3% tiene impacto con la vida. Tabla 14.

Tabla 14. Impacto con la vida y calidad de vida.

		Calidad de vida		
		Buena	Mala	Total
Impacto con la vida	Tiene impacto	1	11	12
	Regular impacto	22	43	65
	No tiene impacto	123	36	159
Total		146	90	236

Dentro del área de preocupación social/vocacional y pacientes con buena calidad de vida: el 82.72% no tiene preocupación social/vocacional, el 41.7% tiene regular preocupación social/vocacional y ningún paciente con buena calidad de vida tiene preocupación. Tabla 15.

Tabla 15. Preocupación social/vocacional y calidad de vida.

		Calidad de vida		
		Buena	Mala	Total
Preocupación social/vocacional	Si tiene preocupación	0	4	4
	Regular preocupación	43	60	103
	No tiene preocupación	91	19	110

Total		134	83	217
No aplica				19
				236

Dentro del área de preocupación relacionada con la diabetes y pacientes con buena calidad de vida: el 87.5% no tiene preocupación relacionada con la diabetes, el 30% tiene regular preocupación relacionada con la diabetes y 11.9% si tiene preocupación relacionada con la diabetes. Tabla 16.

Tabla 16. Preocupación relacionada con la diabetes y calidad de vida.

		Calidad de vida		Total
		Buena	Mala	
Preocupación relacionada con la diabetes	Si tiene preocupación	5	37	42
	Regular preocupación	15	35	50
	No tiene preocupación	126	18	144
Total		146	90	236

FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN:

La prevalencia de depresión fue del 25% en los pacientes de este estudio, sin importar su calidad de vida, aquellos con buena calidad de vida el 14.8%, con regular calidad de vida el 7.6% y con mala calidad de vida el 3.3%.

De los pacientes del sexo femenino el 32% si presento depresión, del sexo masculino el 30.6% si presento datos de depresión. Tabla 17.

Tabla 17. Sexo y depresión.

		Datos de depresión en el último año		Total
		Si	No	
Sexo	Femenino	40	85	125
	Masculino	19	43	62
Total		59	128	187
No lo saben				49
				236

Del grupo de edad de 18 a 30 años de edad el 25% si presento depresión, del grupo de edad de 31 a 50 años de edad el 34.6% si presento datos de depresión, del grupo de edad de 51 a 70 años de edad el 28.9% si presento depresión y en el grupo de edad de más de 71 años el 36.1% si presento depresión. Tabla 18.

Tabla 18. Edad y depresión.

		Datos de depresión en el último año.		
		Si	No	Total
Grupo de edad	De 18 a 30 años	4	12	16
	De 31 a 50 años	18	34	52
	De 51 a 70 años	24	59	83
	Más de 71 años	13	23	36
Total		59	128	187
No lo saben				49
Total				236

El 55% de los pacientes solteros presentaron depresión, de los pacientes en unión libre solo el 42.8% presentaron depresión, de los divorciados el 38.4% presentaron depresión, los que se encuentran separados el 25% presentaron depresión, el 27.1% de los pacientes casados presentaron depresión, el 18.18% de los pacientes viudos presentaron depresión. Tabla 19.

Tabla 19. Estado civil y depresión.

		Datos de depresión en el último año.		Total
		Si	No	
Estado civil	Casado / a	28	75	103
	Viudo / a	4	18	22
	Unión libre	9	12	21
	Soltero / a	11	9	20
	Divorciado / a	5	8	13
	Separado / a	2	6	8
Total		59	128	187
No lo saben				49
				236

De los pacientes diabéticos que formaron parte de este estudio, presentaron datos de depresión: los que se encontraban con un nivel de escolaridad licenciatura el 40.6%, con nivel medio superior fue el 34.4%, con nivel secundaria el 14.2%, con nivel primaria el 30.4% y de los analfabetas el 33.3% presento buena calidad de vida. Tabla 20.

Tabla 20. Nivel de escolaridad y depresión.

		Datos de depresión en el último año.		Total
		Si	No	

Nivel de escolaridad	Analfabeta	3	9	12
	Primaria	7	16	23
	Secundaria	5	30	35
	Nivel medio superior	20	38	58
	Licenciatura	24	35	59
Total		59	128	187
No lo saben				49
				236

La ocupación se dividió de la siguiente manera: el 54.5% de los estudiantes presentaron datos de depresión, el 38.4% de los pacientes con trabajo de acuerdo a su profesión presentaron datos de depresión, de los empleados el 35% de los pacientes presentaron datos de depresión, el 29% de los pacientes dedicados al hogar presentaron datos de depresión, y el 17.14% de los pacientes dedicados al comercio presentaron datos de depresión. Tabla 21.

Tabla 21. Ocupación y depresión.

		Datos de depresión en el último año.		Total
		Si	No	
Ocupación	Empleado	21	39	60
	Hogar	16	39	55
	Comerciante	6	29	35

	Profesional	10	16	26
	Estudiante	6	5	11
Total		59	128	187
No lo saben				49
				236

ANÁLISIS BIVARIADO

Se realizó análisis bivariado para establecer correlación entre las diferentes variables que se establecen con mala calidad de vida en los pacientes diabéticos en estudio, como son el sexo, el tiempo de evolución, el grupo de edad, la ocupación, el estado civil y la escolaridad. Tabla 18.

Tabla 18. Análisis Bivariado de factores de riesgo asociados a mala calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II de la UMF 09.

FACTORES	OR	IC 95%	P -0.05
Sexo	1.006	0.713 – 1.421	0.971
Depresión	1.831	1.216 – 2.755	0.005
Tiempo de evolución	0.908	0.619 – 1.332	0.616
Grupo de edad	1.370	0.994 – 1.888	0.059
Ocupación	1.085	0.773 – 1.523	0.641
Estado civil	1.175	0.847 – 1.630	0.332

Escolaridad	0.593	0.395 – 0.892	0.006
-------------	-------	---------------	-------

Al relacionar la depresión con la mala calidad de vida en pacientes diabéticos, se encontró como factor de riesgo de 1.831 veces a las personas que si presentaron depresión en el último año, con un IC 95% de 1.216–2.755 con un valor de $p= 0.005$ traduciéndose que si presentan los pacientes depresión tendrán una mala calidad de vida.

Otro factor se encontró la escolaridad con la mala calidad de vida el cual está relacionado como factor protector de 0.593, con un IC 95% de 0.395-0.892 y un valor de $p= 0.006$, lo que traduce que el presentar la escolaridad en nivel superior resulta como un factor protector de hasta un 41% para no desarrollar una mala calidad de vida.

DISCUSIÓN

En este estudio se analizó la percepción de la calidad de vida en sujetos con Diabetes Mellitus tipo 2. La Buena calidad de vida se detectó en el 61.9%, con Regular calidad de vida el 30.5% y el 7.6% con Mala calidad de vida resultados similares a los presentados por Alfaro en el estudio realizado Guadalajara Jalisco en un Hospital del IMSS, donde ocupó el Cuestionario Calidad de Vida de la OMS⁽⁴⁹⁾ (60% buena calidad de vida y el 40% mala calidad de vida). La gran proporción de pacientes con mala calidad de vida se reafirma también en el estudio expo facto transversal sobre Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en San Luis Potosí el 43 % cursó con algún grado de deterioro en su calidad de vida y esta se relacionó con 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. Lo reportado por González⁽⁵²⁾ en Tabasco es preocupante donde identifico que el 80% de los pacientes presenta mala calidad de vida así también identifico que los aspectos que afectan la calidad de vida son los relacionados con el control de la Diabetes, Ansiedad y Preocupación; con nuestro estudio reafirmamos que los trastornos psicológicos son factores de riesgo como el caso de presentar Depresión OR 1.8 (1.2–2.7), que ocupó una prevalencia del 25%. Por su parte Longinos Benitez⁽²⁷⁾ realizó un estudio sobre “Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la unidad de medicina familiar n°33”, concluyó que el 49% presentaba algún grado de depresión con una diferencia del 24% respecto a nuestro estudio, respecto a calidad de vida se encontró que el 57.29% tiene una mejor calidad de vida en términos generales, siendo este similar al nuestro. A. Hervás⁽³⁶⁾ reportó de una zona salud de la Comunidad Foral Navarra de España, al evaluar Calidad de Vida y Trastornos Psicologicos que el 43% presentaron Ansiedad/Depresión.

El estudio de la UANL⁽⁵¹⁾ donde ocupó el mismo instrumento de medición que en el nuestro (EsDQOL) los valores obtenidos, tanto globalmente como en cada dimensión, sitúan al 53% de los pacientes con una calidad de vida regular con una

diferencia del 20% estos resultados se ven complementados por que nuestra población tiene un alto porcentaje de buena calidad de vida.

El grupo de estudio tuvo una mayor participación de pacientes del género femenino del 66.5% en comparación con el masculino que solo fueron el 33.5%, hallazgo que ha sido informado en el estudio de Robles- García⁽¹⁴⁾ que reportó el 71.1% mujeres y 28.9% en hombres, en el estudio de la UANL el género femenino ocupó el 58% y el masculino 42%, en el realizado por González Mariana en Tabasco⁽⁵²⁾ donde acudieron al programa de Atención a la diabetes, la población estudiada reportó el 60% femenino y el 40% masculino; esto pudiera depender de que las mujeres hacen mayor uso del servicio acudiendo con más frecuencia a la consulta para su atención médica.

Los pacientes encuestados en ambos sexos es el rango que oscila entre los 51-70 años con el 43.6% de, seguido de los 31-50 años con el 23.6%. La edad promedio fue de 56 años ($DE \pm 17$), la mediana de 55, la moda de 62, el rango de edad se encuentra entre los 18 a 92 años. En el estudio realizado por Robles-García⁽¹⁴⁾ la edad promedio fue de 53 ± 13 años similar al estudio reportado por la UANL se reportó edad de 58 años ± 10 años, de igual forma en la investigación realizada en San Luis Potosí⁽¹⁶⁾, más del 50% de la población está en rangos de edad de 55 a 72 años, pudiendo estar asociado con la pirámide poblacional que acude a la clínica, aunado a la amplitud de la esperanza de vida ya que el INEGI reportó que en el 2010, la esperanza de vida de las mujeres es de 77.8 años a comparación de los hombres con 73.1 años lo cual pudiera explicar el amplio rango de edad de nuestra población estudiada. Con respecto al estado civil en nuestro estudio se encontró que el 49.5% eran casados, seguidos del 14% en unión libre, el 13.1% son solteros, el 10% son viudos, el 8.1% divorciados y el 5.1% separados, el 63.5% con pareja y el 36.5% sin pareja, en el estudio de la UANL reportaron con pareja el 84% y sin pareja el 16%, en el de González en Tabasco⁽⁵²⁾ el 54% se refirió casado, el 16% en unión libre, el 14% divorciados, solteros el 8% y viudos el 8%, en el de San Luis Potosí⁽¹⁶⁾ el 80% casados, el 14% viudos, el 3% solteros y el 2% separados; similar con

nuestro estudio, esto pudiera deberse a la importancia de cumplir con una de las funciones importantes de la familia como el status, frente a la sociedad.

En relación al nivel de escolaridad encontramos en este estudio que la escolaridad promedio en años fue de 12.4 en años, con nivel medio superior el 33.6%, con nivel licenciatura el 32.6%, con secundaria el 17.8%, con nivel primaria el 11% y analfabetas solo el 5.1%, en estudio realizado por la UANL encontró años de escolaridad promedio de 5, en el estudio realizado por Robles-Garcia se encontró que la escolaridad promedio fue de 5.51, así como en la investigación realizada en la consulta externa del IMSS de San Luis Potosí el 30% correspondió a nivel de escolaridad primaria incompleta y el 35% con primaria completa; todos estos estudios difieren en relación a nuestro estudio, esto puede deberse a la ubicación socio económica del país, por la desigualdad económica, así como la ubicación de la población de la clínica de San Luis, donde se encuentra en una zona que presenta mayor marginación.

14. CONCLUSIONES.

Se encontró en la Unidad de Medicina Familiar No.9 de Acapulco, Guerrero que los pacientes que cursan con diabetes mellitus tipo 2 tienen una buena y regular calidad de vida, en aspectos relacionados con satisfacción con la vida, impacto con la vida, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes.

Los resultados presentados en este estudio son en su mayoría similares a los reportados por diferentes autores a nivel nacional, son las mujeres en las que se encuentra mayor prevalencia, ya que son las que más utilizan los servicios de salud.

Además se encontró que la escolaridad de nivel superior resulta como un factor protector de hasta un 41% para no desarrollar una mala calidad de vida. Por otra parte si presentan los pacientes depresión tendrán hasta un riesgo de 1.831 veces el riesgo de tener una mala calidad de vida.

De los pacientes que se encuentran en tratamiento a base de hipoglucemiantes orales e insulina, llevan un mejor control de la diabetes mellitus, por lo que a su vez eso ocasiona que no tengan preocupación relacionada con la diabetes, así como el impacto se vea disminuido y tengan buena satisfacción con la vida; y su calidad de vida sea mejor.

En aquellos pacientes con menos de 10 años de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo2, presentaron una mejor calidad de vida en comparación a los que cursan con más de 10 años de diagnóstico, esto debido a que en algunos casos ya presentaron complicaciones crónicas propias de la diabetes.

Se evidencio que las pautas que marcaron una buena calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo2 es que presentaron satisfacción con diversos aspectos en su vida, como: el tiempo en que controlan su diabetes, también satisfacción con el tratamiento actual, satisfacción con el conocimiento sobre la diabetes, satisfacción con sus relaciones sociales y amistades, satisfacción con la apariencia de su cuerpo, y a su vez, en estos pacientes piensan que la diabetes no

interfiere en su vida familiar, además que la diabetes para ellos no interfiere en que realicen cualquier tipo de actividad física, la mayoría de los pacientes a pesar de su diabetes no fue motivo para que abandonaran sus tareas en el trabajo, su escuela o en casa, y a su vez dentro de las pocas cosas que les preocupa son las complicaciones que pueden presentar a futuro, ya que tienen el conocimiento que entre más controlados en relación a su diabetes se encuentren, el pronóstico es mejor y así mismo su calidad de vida no se ve afectada.

15. RECOMENDACIONES:

1. Vigilancia, seguimiento y tratamiento adecuado por parte del Médico Familiar en todos los pacientes que acudan a consulta por Diabetes Mellitus Tipo2, para mantener a los pacientes en metas terapéuticas, así como realizar prevención con la finalidad de evitar las principales complicaciones agudas y crónicas de la DM tipo2, y así mejorar la calidad de vida en los pacientes.

2. Incluir instrumentos de medición de calidad de vida en todos los consultorios de medicina familiar, incluyendo DIABETIMSS, NUTRICION y TRABAJO SOCIAL, con la finalidad de detectar que factores se están viendo afectados en su vida o en su enfermedad en cada uno de los pacientes diabéticos, y así realizar abordajes oportunos e intervenciones de salud familiar, apoyándose de las diferentes redes de apoyo para mejorar su calidad de vida.

3. Capacitar a todos los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No.9, sobre los diferentes instrumentos de medición de calidad de vida como el EsDQOL, para identificar oportunamente los factores que puedan estar precipitando una mala calidad de vida en los pacientes diabéticos.

4. Realizar folletos que tengan información adecuada, oportuna y precisa, para que todos los pacientes con diabetes mellitus tipo2, identifiquen a tiempo que factores en su vida diaria y enfermedad puedan estarse viendo afectados y se realice la

detección oportuna en esos pacientes, recomiendo que se lleve a cabo la difusión de esta información por parte de los servicios de PREVEIMSS, GERIATRIMSS, Asistentes médicos y Médicos familiares.

15. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2017											
	MARZO				ABRIL				MAYO			
	Selección del tema de investigación	R										
Invitación a director de Tesis		R										
Elaboración de pregunta de Investigación			R	R								
Selección y elaboración de marco teórico					R	R	R	R	R	R		
Elaboración del planteamiento del problema											R	R
	2017											
	JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	Elaboración de la justificación	R	R									
Elaboración de objetivos generales			R	R								
Elaboración de objetivos específicos					R	R						
Definición y operacionalización de las variables							R	R	R			

Firma del alumno: _____

Definir el instrumento de medición a utilizar en el estudio											R	R		
Elaboración del programa general de trabajo														R



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD



ACTIVIDADES	2017											
	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
Elaboración del programa general de trabajo	R	R	R	R	R	R	R	R				
Solicitud de autorización por CLIEIS 1101									P	P	P	P
ACTIVIDADES	2017				2018							
	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
Cambios de acuerdo al dictamen de CLIEIS 1101		P	P	P								
Solicitud de número de registro por CLIEIS 1101					P	P	P	P				
Recolección de datos												
ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO			
		P				P				P		
Análisis estadístico												P
Análisis de resultados												
ACTIVIDADES	2018											
	JUNIO				JULIO				AGOSTO			
Análisis de resultados	P	P	P	P								
Conclusiones					P	P	P	P				

Firma del alumno: _____

Bibliografía

1. OMS. Informe Mundial Sobre la Diabetes. Resumen de orientacion. Organizacion Mundial de la Salud; 2016
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med; 3(11): 442. Disponible: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.003044>
3. Mejía BEB, Merchán MEP. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Hacia la promoción a la salud. 2007; 12:11-24.
4. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica. 2012; 30(1):61-71.
5. Cardona A, Agudelo G. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005; 23(1):79-90.
6. Orley J, Saxena S. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud. 1996; 17(1):385-387.
7. Millan M. Cuestionario de calidad de vida específico para la diabetes mellitus (EsDQOL). Atención Primaria. 2002; 29 (8): 517-521.
8. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. 2017 [consultado 2017 Julio 18]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
9. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2. Serie Guías Clínicas. 2010;1: 1
10. Garcia J. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. Tesis Doctoral. 2006; 1: 75-77.
11. Jiménez MA. Calidad de vida en el adulto mayor con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 de la UMF 21 de Camargo Chihuahua. Camargo Chihuahua IMSS; 2012: 16
12. Robles R, Cortázar J, Sánchez J, Páez F, Nicolini H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2003; 15(2): 247-252.
13. Millán M, Reviriego J, Del campo J. Revaluación de la versión española del cuestionario Diabetes Quality of Life (EsDQOL). Endocrinología y Nutrición. 2002; 49(10): 322-324.
14. Robles R, Cortázar J, Sánchez z-Sosa J, Páez F. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Instituto Jalisciense de Salud Mental. 2002; 15(2):247-252.
15. Terrones JG. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Dirección General de Bibliotecas de la UANL. 2004; 1:1-12
16. De los Ríos JL, Sánchez J, Barrios P, Guerrero V, Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2004; 42(2): 109-116
17. Ramírez M, Ascanio M, Coronado M. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Ciencia y Cuidado. 2011; 8(1): 21-28

18. González G, Martínez K, Betancourt E. Seguridad Alimentaria en el Adulto Mayor que vive con Diabetes Mellitus Tipo 2 en León, Guanajuato. *Revista de Divulgación Científica*. 2016; 2(1): 104-107
19. Caballero B, Soto-Cáceres V. Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a la salud en pacientes con Diabetes. *REV EXP MED*. 2017; 3(1): 09-13
20. Ramírez MM, Carvajalino M, Coronado M. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1): 21-28
21. Salazar J, Gutiérrez A, Beltrán C, González R. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Uninorte*. 2012; 28(2): 264-275.
22. Guerrero H. Asociación entre la calidad de vida en pacientes que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2, la satisfacción con el tratamiento (insulina vs hipoglucemiantes orales) y el apego terapéutico. *División de estudios de posgrado UNAM*. 2014; 1(1): 2-58
23. Nazar-beutelspacher A, Salvatierra-Izaba B. Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles: de población CIEAP/UAEM*. 2010; 16(64): 67-92
24. Hinojosa E, Bautista L. Estilo y calidad de vida y conocimientos sobre diabetes post estrategia educativa participativa en el portador de Diabetes Mellitus 2. *División de estudios de posgrado UNAM*. 2010; 1(1): 1-34
25. Fernández A, Abdala T, Alvara E. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Española Médica Quirúrgica*. 2012; 17(2): 94-99
26. Arceda-Dominguez A, Lara-Muñoz C, Ponce de León S. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. *Revista Investigación Clínica*. 2005; 57(5): 676-684
27. Longinos M. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la unidad de medicina familiar N° 33 "El Rosario". *División de estudios de posgrado UNAM*. 2011; 1(1): 6-22
28. Syamimi S, Chin Fen N, Yuet Yen W. Linguistic and psychometric validation of the Malaysian version of Diabetes Quality of Life-Brief Clinical Inventory (DQoL-BCI) [Online]. *Malasya*; 2016 [Consultado 18 Septiembre 2017]. Disponible en: [http://www.rsap.org/article/S1551-7411\(16\)30115-2/fulltext](http://www.rsap.org/article/S1551-7411(16)30115-2/fulltext).
29. Schunk M, Reitmeir P, Schipf S, et al. Health-related quality of life in women and men with type 2 diabetes: a comparison across treatment groups. *Journal of Diabetes and Its Complications*. 2015; 29(2): 203-211
30. Yildirim A, Akinci F, Gozu H, et al. Translation, cultural adaptation, cross-validation of the Turkish diabetes quality of life (DQOL) measure. *Quality of Life Research*. 2007; 16 (5): 873-879
31. Patil P, Pawar S, Thakurdesai P. Translation and Validation of Hindi Version of Diabetes Quality of Life – Measure (DQOL-M) in Indian Type 2 Diabetes Patients. *VALUE IN HEALTH*. 2014; 17(7): 813
32. Sánchez F, Téllez T, Gijón A. Instrumentos específicos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 2 disponibles en España. *Medicina Clínica Barcelona*. 2010; 135(14): 658-664

33. Akinci F, Yildirim A. Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008; 79 (1): 117-123
34. Guzman R, Enriquez N. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Primera ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma De México. 2010.
35. Muñoz D, Gómez O. Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Revista de Salud Pública*. 2014; 16(2): 246-259
36. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30(1): 45-51
37. Quirantes A, López L, Curbelo V. La calidad de vida del paciente diabético. *Revista cubana de medicina general integral*. 2000; 16(1): 50-60
38. IMSS. Entorno Demográfico y Epidemiológico y la Presión que Ejercen Sobre el Gasto Médico. Capítulo II. 2013: p. 29-42.
39. Cedillo MA, Espinosa R. Informe sobre la salud de los mexicanos. Primera Edición. Ciudad de México; 2015: p. 68-69
40. Hong C, Li G, Zhang P. Efecto del ejercicio sobre la calidad de vida en la diabetes mellitus tipo 2: una revisión sistemática. *Investigación de calidad de vida*. 2017; 26(3): 515-530
41. Palmer AJ, Roze S, Valentine WJ, Minshall ME. What impact would pancreatic beta-cell preservation have on life expectancy, quality-adjusted life expectancy and costs of complications in patients with Type 2 diabetes. *National Institute for Health Research*. 2004; 1(1): 54-66
42. Organización Panamericana de la Salud. Educación Sobre Diabetes. 1996.
43. Oviedo- Gómez M. Reidi L. Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo2. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007; 24: 31-42
44. Peters AL, Lagorretta AP, Ossorio RC, Davidson MB. Quality of outpatient care provided to diabetic patients: a health maintenance organization experience. *Diabetes Care* 1996; 19(6): 7601-7606
45. Harris MI. Medical care for patients with diabetes. Epidemiological aspects. *Ann Intern Med* 1996; 124(1): 117-22
46. Savage PJ. Cardiovascular complications of diabetes mellitus: what we know and what we need to know about their prevention. *Ann Intern Med* 1996; 124(1): 123-126
47. Gaster B, Hirsch IB. The effects of improved glycemic control on complications in type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158(2): 134-140
48. Oviedo- Gómez M., Reidl L. Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo2 .*Revista Mexicana de Psicología* 2007; 24: 31-42
49. Alfaro AN, Carothers EM, Gonzalez TY. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en salud* 2006; (3): 152-157.
50. Soto A. Incorporación de estudios de calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos: bases y recomendaciones prácticas. Uso de una lista guía para su correcto diseño y evaluación. *AN Med. Interna* 2003; 12:37-48
51. Cardenas VV, Pedraza LC, Lerma CR. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ciencia UANL* 2005; (3):35-356.

52. Gonzalez SM, Rivas AV. Calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2. Divulgación Científica 2008: 392-398.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No.9”

Fecha: _____

Folio: _____

Anexo 14.2: Hoja 2-3

CEDULA SOCIODEMOGRAFICA Y DE SALUD

INSTRUCCIONES: Favor de subrayar o marcar con una “X” las siguientes preguntas que se le soliciten, sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.

Nombre del paciente: _____				
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Firma
Edad: _____	(Años)	Sexo _____	Turno Médico: _____	
1. ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Divorciado/a 6. Separado/a		6. Que tratamiento utiliza para controlar su Diabetes Mellitus Tipo 2: 1. Hipoglucemiantes orales 2. Insulina 3. Hipoglucemiantes orales e Insulina 4. Ningún tratamiento		
2. ¿Cuál es su escolaridad? 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Nivel medio superior 5. Licenciatura		7. Cuantas veces ha acudido por consulta en el año por tratamiento para diabetes mellitus tipo 2: 1. Una-Dos 2. Tres-Cuatro 3. Cinco-Seis 4. Más de seis		
3. ¿Cuál es su ocupación? 1. Hogar 2. Estudiante 3. Empleado				

<p><u>Especifique actividad:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Comerciante 5. Profesional 	<p>8. ¿Quién le enseña a usted acerca de la diabetes mellitus tipo 2?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medico 2. Enfermera 3. Vecina 4. 4. Otro _____
<p>4. ¿Cuántos años lleva de padecer la Diabetes Mellitus?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Cuatro 5. Cinco a nueve 6. Diez o mas 	<p>9. ¿A dónde acude usted cuando necesita de tratamiento para su diabetes mellitus tipo 2?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico particular 2. Centro de salud 3. Hospital 4. Unidad de medicina familiar 5. Curandera 6. Otro _____
<p>5. ¿Ha presentado datos de depresión en el último año?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No lo se 	



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a la UMF No. 9".						
Patrocinador externo (si aplica):							
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez, Guerrero, A de del 2018.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la calidad de vida que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 9, con la finalidad de poder proponer estrategias de beneficio de los pacientes para mejorar su calidad de vida, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.						
Procedimientos:	Aplicación del cuestionario						
Posibles riesgos y molestias:	Sin riesgo						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se podrá identificar la calidad de vida que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 9 con la finalidad de proponer estrategias en beneficio de los pacientes para su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno con enfoque multidisciplinario						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se publicara en tesis de posgrado						
Participación o retiro:	Según el Art. 100 de la Ley General de Salud, describe que el profesional de responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.						
Privacidad y confidencialidad:	Según el Art. 16 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en investigación en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO Mat: 7031521 DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9 ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9 Av. Cuauhtémoc No. 95 Col. Centro CP. 39300 Acapulco, Gro. Tel: 01 (744) 4834512 Correo Electrónico: Mirna.martineza@imss.gob.mx						
Tesista:	Dr. Efrain Hector Esquivel Garcia Médico Residente Del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 9 Mat. 99127979 Av. Cuauhtémoc No. 95 Col. Centro CP. 39300 Acapulco, Gro. Tel (744) 2250691 Correo electrónico: Esquivel_inn@msn.com						

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

