

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

I M S S

LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS EN COMPARACION CON  
EL ADULTO MAYOR SIN DIABETES MELLITUS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

**DRA. NICTE VILLALBA VERGARA**

ASESOR DE TESIS: DR. VICENTE OSCAR SUAREZ GOMEZ



**IMSS**

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DF.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 21**

**LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON  
DIABETES MELLITUS EN COMPARACIÓN CON EL  
ADULTO MAYOR SIN DIABETES MELLITUS**

**DRA. NICTE VILLALBA VERGARA**  
**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**

**2001**

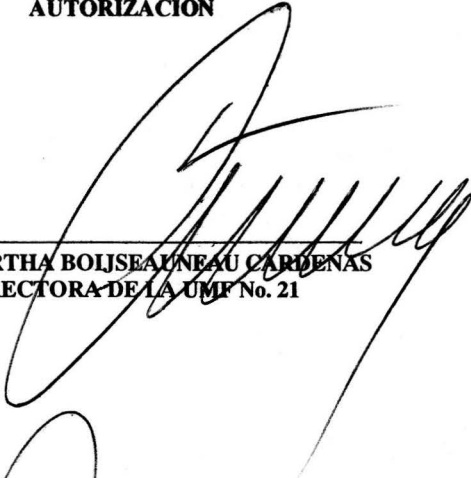
## **DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a la Institución y autoridades, que me otorgaron el apoyo para la realización de este trabajo de investigación , así como a mis compañeros y amigos que me apoyaron moralmente en la realización de este trabajo.

Así como dedico esta investigación a mi abuela Guadalupe Díaz Salmerón y mi madre Adolfina Vergara Díaz; por el apoyo moral y económico que me brindaron durante mi etapa de estudiante, y como profesional médico.

**DRA. NICTE VILLALBA VERGARA**

**AUTORIZACIÓN**



---

**DRA. MARTHA BOLJSEALNEAU CARDENAS**  
**DIRECTORA DE LA UMF No. 21**



---

**DRA. MARISELA GARCIA MENESES**  
**JEE DE EDUCACION MEDICA**  
**DE LA UMF No. 21**



---

**DR. JORGE MENESES GARDUÑO**  
**TITULAR DE LA RESIDENCIA**  
**DE LA UMF No. 21**



**ASESOR DE TESIS:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Suarez Gomez', written in a cursive style.

---

**DR. VICENTE OSCAR SUAREZ GOMEZ**  
**MEDICO FAMILIAR ADSCRITO**  
**A LA UMF No. 21**

## INDICE

	PAGS
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAL Y</b>	
<b>METODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>DISEÑO</b>	
<b>ESTADÍSTICO.....</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>30</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIGRAFIA.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>35</b>

## INTRODUCCION.

El envejecimiento implica un proceso dinámico e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, Psicológicos y sociales .Etapa de la vida en la que es evidente la presencia de diversos riesgos y daños a la salud involucrados y que en la población mundial representa uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas (1-6).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se considera adulto mayor toda persona que tenga 65 años o más de edad, en el caso de los países desarrollados, y de 60 años o más en el caso de los países en vías de desarrollo. Esta diferencia en el criterio se debe a que existen diferentes rangos en la esperanza de vida para cada país. Actualmente en México ésta población se ha ido incrementando debido en parte a la transición sociodemográfica que origina de manera alterna cambio en los patrones de morbimortalidad y tasas de natalidad . Hechos que se encuentran íntimamente vinculados con el aumento de la esperanza de vida de nuestra población. Este índice se encuentra hoy en día en los 73 años de edad (1,5-6).

Es prudente mencionar que la vejez no es un estado de enfermedad en si misma, pero en ella la incidencia de enfermedades crónicas es más frecuente. La enfermedad crónica en el adulto mayor suele



ser condicionante de incapacidad, invalidez o dependencia institucional . Siendo las patologías más frecuentemente asociadas en los países latinoamericanos; las enfermedades de corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro vasculares, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias, las enfermedades osteomusculares y los accidentes (1,3,5-6).

De estas la Diabetes mellitus considerada como un grupo de padecimientos metabólicos caracterizados por hiperglucemia, por falla en la secreción pancreática, acción de la insulina o ambos; representa un problema de salud pública. Este padecimiento usualmente comienza en personas de 40 años de edad y es más frecuente después de los 55 años de edad. Se estima en Estados Unidos que cerca de un 10 % o más de las personas mayores de 65 años tienen diabetes). De estos su gran mayoría son tipo 2, es decir insulino no dependiente (7-10).

Se sabe que el deterioro y la disminución de células beta pancreáticas relacionado con el aumento de edad, así como el patrón de resistencia a la insulina son los factores desencadenantes en ésta población. Situación donde además de la edad, los factores de riesgo más importantes son la obesidad, el sedentarismo y los antecedentes familiares de diabetes (6-12).

Por tanto, a medida que se incrementa la edad, se incrementa la frecuencia de Diabetes Mellitus. Hecho significativo desde el punto de vista económico si tomamos en cuenta que para la atención médica de las personas mayores de 65 años o más están destinados aproximadamente 2 terceras partes del total de los costos a pacientes con presencia de Diabetes Mellitus en países desarrollados (13)

Por otra parte, en la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social el comportamiento de la Diabetes Mellitus en el adulto mayor significa un serio problema de salud, ya que los años de vida perdidos y el riesgo de mortalidad ha ido en aumento. Cabe mencionar que este riesgo se incrementó de un 303.6/mil derechohabientes mayores de 65 años y más en 1990 a un 391.5 en 1997 (5,6-10).

Así que al evaluar las consecuencias en la salud ante la presencia de Diabetes Mellitus es un aspecto importante para entender las necesidades de cuidado para la población afectada. Donde la información generada de la interpretación de los niveles de calidad de vida puede ofrecer un punto de partida clave para analizar la eficacia de las intervenciones y programas dirigidos al adulto mayor (2,3).

La calidad de vida, considerada como la sensación de bienestar físico, y de satisfacción emocional, psicológica y social de la persona. Se encuentra determinada culturalmente por cada individuo y por la presencia de enfermedad o tratamiento específico. Al evaluarla mediante el uso de

una escala de medición que en esencia es muy diferente de donde fue diseñada a adonde se aplica, las propiedades del instrumento usado requieren de un grado elevado de confiabilidad y validez . Esta al estar relacionada con la presencia de Diabetes Mellitus ha comenzado a recibir atención por parte de los investigadores en algunos estudios (13-21).

Sin embargo, en términos generales son escasos los instrumentos que pueden ser confiables al evaluar la calidad de vida . De estos el Short Form-36 questionnaire, World Health Organization Quality of Life Assessment y el Quality of Life Index son los más ampliamente aceptados en una diversa gama de poblaciones y de países.

Aunque existe una basta cantidad de información acerca del impacto que tiene la presencia de Diabetes Mellitus sobre la calidad de vida del paciente anciano. En la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuenta con una población importante de adultos mayores, no se cuenta con datos acerca del nivel de calidad de vida de éstos. Por tal motivo se realiza este estudio con el propósito de identificar las diferencias en los niveles de calidad de vida de la población derechohabiente mayor de 60 años que tienen o no la presencia de Diabetes Mellitus, a fin de tener un marco conceptual de sus características. Que permitan orientar hacia el diseño de estrategias preventivas y de abordaje integral de los mismos o a la evaluación de la eficacia de las intervenciones ya existentes (2,13-15)

## JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Aunque existe una basta cantidad de información acerca del impacto que tiene la presencia de Diabetes Mellitus sobre la calidad de vida del paciente anciano. En la Unidad de Medicina Familiar 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuenta con una población importante de adultos mayores, no se cuenta con datos acerca del nivel de calidad de vida de éstos. Por tal motivo se realizo este estudio con el propósito de identificar las diferencias en los niveles de calidad de vida de la población derechohabiente mayor de 60 años que tienen o no la presencia de Diabetes Mellitus, a fin de tener un marco conceptual de sus características. Que permitan orientar hacia el diseño de estrategias preventivas y de abordaje integral de los mismos o a la evaluación de la eficacia de las intervenciones ya existentes.

## **HIPÓTESIS**

La calidad de vida del adulto mayor con diabetes Mellitus es diferente a la calidad de vida del adulto Mayor sin diabetes Mellitus en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

## **OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

Determinar si existe diferencia en la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años de edad con y sin presencia de Diabetes Mellitus adscritos a la UMF 21 del IMSS.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio transversal ,comparativo ,observacional prospectivo

### **UNIVERSO DE ESTUDIO.**

Todas las personas de 60 años o más de edad que estaban adscritos a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS en el momento del estudio.

### **PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.**

**TIPO DE MUESTREO.**-Se obtuvo la muestra del universo de trabajo mediante muestreo probabilístico estratificado a adultos mayores que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS.

## DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2 pq}{d(N-1) + z^2 pq} \quad \text{donde:}$$

n=Tamaño de muestra mínima estadísticamente necesaria

144

N=Universo de trabajo, es decir 15822 personas de 60 años o más en adscritos a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS en 1999.

Z =Nivel de significancia, es decir para 0.05= 1.96 en ambas colas de la distribución normal de la curva.

P=Probabilidad de que se presente la característica en estudio (es decir 10 % de las personas de 60 años o mayores tienen Diabetes Mellitas = .10)

q=Característica complementaria (es decir 90 % no la tienen =.90)

d=Nivel de precisión del 5 % (es decir el grado de error que se está dispuesto a aceptar =0.05)

sustituyendo n=137 personas.



En este estudio se eligieron un total de 180 personas; 90 personas para el grupo A y 90 personas para el grupo B

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.-Personas de 60 años o más adscritos a la consulta de Medicina Familiar en la UMF 21 del IMSS con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- 2.-Personas de 60 años o más adscritos a la consulta de medicina Familiar en la UMF 21 del IMSS sin diagnóstico de Diabetes Mellitus.
- 3.-Personas de 60 años o más adscritos a la consulta de Medicina Familiar en la UMF 21 del IMSS sin algún otro diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa o complicación de la misma.
- 4.-Personas que acepten participar en el estudio.
- 5.-Personas que tengan la posibilidad de responder a la encuesta de calidad de vida.
- 6.-Personas de ambos sexos.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- 1.-Personas de 60 años de edad o más de ambos sexos no adscritos a la consulta de Medicina Familiar en la UMF 21 del IMSS
- 2.-Personas menores de 60 años de edad de ambos sexos adscritos a la consulta de Medicina Familiar en la UMF 21 del IMSS

3.-Personas de 60 años de edad o más de ambos sexos adscritos a la consulta de Medicina Familiar de la UMF 21 del IMSS con presencia de otras enfermedades crónico degenerativas o sus complicaciones.

4.-Personas que tengan imposibilidad de responder a la encuesta de calidad de vida.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.-Personas que no acepten participar e el estudio.

2.-Personas que tengan la encuesta sobre calidad de vida incompleta.

#### VARIABLES DEL ESTUDIO.

VARIABLE DEPENDIENTE.-Calidad de vida de pacientes mayores de 60 años de edad.

VARIABLE INDEPENDIENTE.-Diabetes Mellitus.

#### DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE.- Sensación de bienestar físico y de satisfacción emocional, psíquica y social del individuo de 60 años o mayor que es evaluada frecuentemente mediante el uso de instrumentos validados que abarcan diferentes aspectos relacionados con los valores del paciente.

Determinados por su contexto sociocultural y económico del mismo y afectados por la presencia de enfermedad o de algún tratamiento.

VARIABLE INDEPENDIENTE.-Grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia derivada por defectos en la secreción, acción o formación de la insulina pancreática o todas.

#### INDICADORES DE VARIABLE.

##### VARIABLE DEPENDIENTE.

De acuerdo al instrumento utilizado (Quality of Life Index = QLI) (13)

- 1.- Actividad diaria :Valora la capacidad de una persona de cómo es independiente de otras ..
- 2 .-Salud.: Esta área valora un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias.
- 3 .-Talante: Es semblante,voluntad,deseo,gusto de una persona.
- 4 .-Apoyo social.:Esta área valora la capacidad de una persona como puede relacionarse, con otras personas, de su hogar o comunidad.
- 5 .-Vida diaria ...:Valora la habilidad de una persona, acerca de su habilidad para dirigirse de un lugar a otro, de moverse alrededor del hogar, de moverse en su trabajo o hacia los servicios de transporte.

##### VARIABLE INDEPENDIENTE.

- 1.-Adultos mayores adscritos a la UMF 21 del IMSS con Diabetes Mellitus.

2.-Adultos mayores adscritos a la UMF 21 del IMSS sin Diabetes Mellitus.

### ESCALAS DE MEDICION.

1. -Escala cualitativa ordinal para variables determinísticas.

### RECURSOS HUMANOS

1.-Una asistente médica de la consulta externa de cada uno de los 32 consultorios de ambos turnos de la UMF 21 del IMSS es decir 64 asistentes.

2.-Personal de ARIMAC de la UMF 21 del IMSS

### RECURSOS MATERIALES

1.-180 COPIAS DEL Quality of life Index.

2.-64 listas de pacientes por consultorio (40-30-6)

3.-Material de papelería.

4.-Equipo de computo con programa estadístico.SPSS ver 8.0

5.-90 expedientes de personas de 60 años o más elegidas que cubran con el muestreo y criterios de elegibilidad

## CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO

- 1.-El estudio no representa riesgo para el grupo de sujetos a quienes se le aplican las mediciones
- 2.-Se realizará la aplicación de las mediciones mediante consentimiento informado previo de los sujetos de estudio.
- 3.-La información obtenida para cada caso será de carácter confidencial.

## **DISEÑO ESTADISTICO**

Uso de un instrumento validado para evaluar la calidad de vida (Quality of Life Index= QLI) (13).

## **HIPÓTESIS ESTADISTICA**

**HA:**Existe diferencia en la calidad de vida entre adultos mayores con y sin presencia de diabetes Mellitus. Adscritos a la UMF 21 del IMSS.

**HO:**No existe diferencia en la calidad de vida entre adultos mayores con y sin presencia de Diabetes mellitus adscritos a la UMF 21 del IMSS.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACION**

1.-ESTADISTICA DESCRIPTIVA: Analisis univariado simple mediante el uso de proporciones y razones para variable cualitativa ordinal.

2.-ESTADISTICA INFERENCIAL: Prueba de hipótesis. Contraste de variables cualitativas ordinales mediante uso de prueba exacta de Fisher con corrección de Yates.

NIVEL DE SIGNIFICANCIA:  $p$  igual o menor de 0.05

NIVEL DE CONFIANZA: 95.5%

PUNTO CRITICO DE RECHAZO DE HIPÓTESIS: 0.05

ZONA DE RECHAZO:  $p$  mayor de 0.05

## **RESULTADOS:**

El envejecimiento constituye un proceso que forma parte de la vida de una persona en la cual existe una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales a los cuales tiene que enfrentarse.(1-3) Y que no debe considerarse como una entidad patológica. Sin embargo estos cambios originan una serie de condiciones que favorecen la aparición de enfermedades crónico degenerativas con mayor frecuencia. De estas la Diabetes Mellitus se significa como una de las más importantes.(5)

Este padecimiento metabólico se inicia con frecuencia a los 40 años de edad y su presentación se incrementa notoriamente después de los 55 años de edad. Por tanto es de esperarse que la población mayor de 60 años guarde estrecha relación con la presencia de la misma.(6-8)

Actualmente la esperanza de vida del Mexicano se ha incrementado notoriamente y por tanto la demanda de servicios de salud de esta población es directamente proporcional a éste incremento. Situación que establece la necesidad de determinar la calidad de vida de éste grupo atareo. Que en el caso específico de la UMF 21 del IMSS se constituye en un sector importante de su población derechohabiente. Siendo que para Enero del año 2000 se encontraban registrados 15882 personas mayores de 60 años de edad a la consulta de Medicina Familiar.

Ahora bien, se estima que cerca del 10 % de los adultos mayores cursaran con presencia de Diabetes Mellitus en algún momento de su vida. Por tal razón éste grupo de personas tendrán la necesidad de establecerseles qué nivel en su calidad de vida presentan no solo por la presencia del envejecimiento, sino que además por la presencia de Diabetes Mellitus. Condición que podría establecer el hecho de que los pacientes ancianos con presencia de ésta patología posea un nivel distinto de calidad de vida en comparación a los que no la tienen

Para tal efecto se estudiaron en la UMF 21 del IMSS un total de 180 personas de 60 años o más (90 con presencia de Diabetes Mellitus y 90 sin presencia de ella) que correspondieron al sexo masculino en el 58.40 % y cuya edad más frecuente fue de 71 años o más (66 %).

De estos el 55.50 % mostró tener calidad de vida alta, el 26.10 % calidad de vida media y el 18.30 % calidad de vida baja. Es decir, un poco más de la mitad de ellos poseen un nivel aceptable. (ver tabla 1)



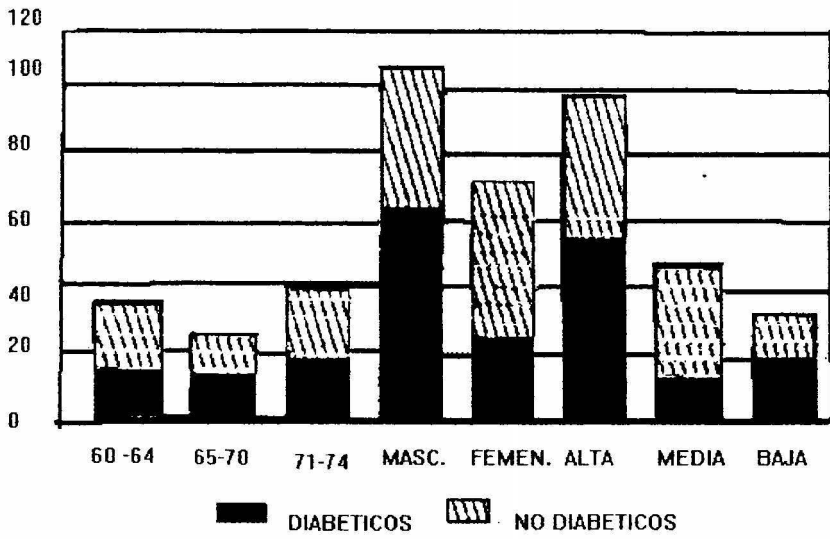
**TABLA 1**  
**CARACTERISTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA**  
**UMF 21 DEL IMSS**

Característica		Diabéticos		Sin Diabetes		Total	
		n=90	%	n=90	%	n=180	%
<b>Edad</b>	<b>60 a 64 años</b>	14	15.55	22	24.44	36	20
	<b>65 a 70 años</b>	13	14.44	12	13.33	25	13.80
	<b>71 a 74 años</b>	18	20	21	23.33	39	21.60
	<b>+ 75 años</b>	45	50	35	38.88	80	44.40
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	65	72.20	42	46.66	107	58.40
	<b>Femenino</b>	25	27.77	48	53.33	73	40.50
<b>Calidad de vida</b>	<b>Alto</b>	56	62.22	44	48.88	100	55.50
	<b>Medio</b>	15	16.66	32	35.55	47	26.10
	<b>Bajo</b>	19	21.11	14	15.55	33	28.30

FUENTE.-Quality Life Index (QLI).

# GRAFICO 1

CARACTERISTICAS DEL ADULTO MAYOR



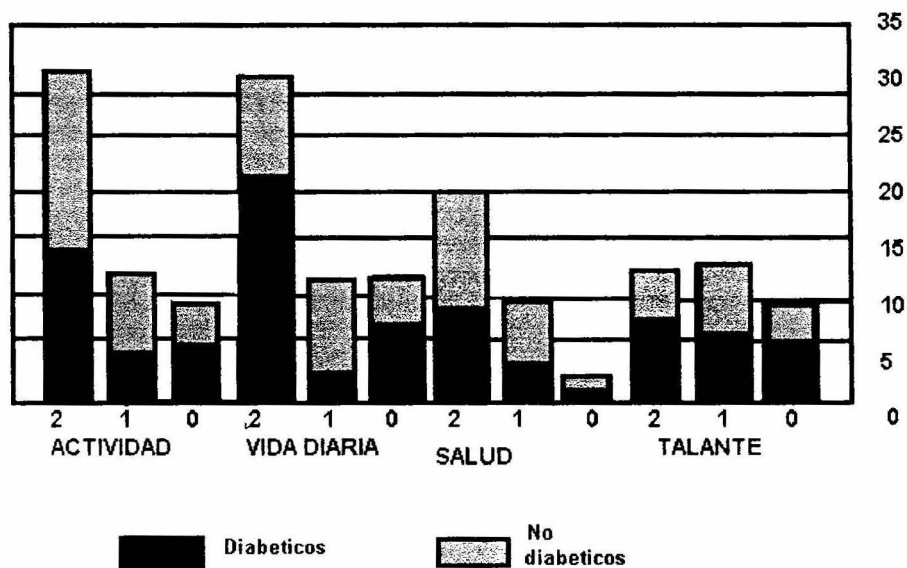
QUALITY OF LIFE \*INDEX

Dentro de los parámetros que contestaron al aplicárseles el Quality of Life Index,( es decir; la actividad , la vida diaria, la salud y el talento) el 55.55 % obtuvo un puntaje alto (puntaje 2) para cada una de ellas. En contraste 18.33 % obtuvo un puntaje bajo (puntaje 0).(Ver tabla 2).

**TABLA 2**  
**RESPUESTAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA UMF 21**  
**DEL IMSS A LOS PARAMETROS DEL QUALITY OF LIFE**  
**INDEX**

Indicador		Actividad		Vida Diaria		Salud		Talento	
*		n=90	%	n=90	%	n=180	%	n=180	%
<b>Actividad</b>	<b>Puntaje 2</b>	18	20	15	16.66	33	18.3		
	<b>Puntaje 1</b>	4	4.44	8	8.88	12	6.66		
	<b>Puntaje 0</b>	5	5.55	4	4.44	9	5		
<b>Vida diaria</b>	<b>Puntaje 2</b>	21	23.33	11	12.22	32	17.77		
	<b>Puntaje 1</b>	2	2.22	9	10	11	6.11		
	<b>Puntaje 0</b>	6	6.66	6	6.66	12	6.66		
<b>Salud</b>	<b>Puntaje 2</b>	9	10	13	14.44	22	12.22		
	<b>Puntaje 1</b>	4	4.44	6	6.66	10	5.55		
	<b>Puntaje 0</b>	1	1.11	1	1.11	2	1.11		
<b>Talento</b>	<b>Puntaje 2</b>	8	8.88	5	5.55	13	7.22		
	<b>Puntaje 1</b>	5	5.55	9	10	14	7.77		
	<b>Puntaje 0</b>	7	7.77	3	3.33	10	5.55		

**GRAFICO 2**  
**RESPUESTAS DE LOS ADULTOS MAYORES**  
 Respuestas de acuerdo al puntaje del (QLI)



FUENTE: Quality of life Index (QLI)

**FUENTE.-Quality of Life Index (QLI).**

**\*VER EN EL ANEXO LOS PARAMETROS DEL QUALITY OF LIFE INDEX**

Aunque existió diferencia estadísticamente significativa para el sexo de ambos grupos de estudio ( $p=0.0001$ ). Estos se comportaron de manera homogénea para el caso de la edad ( $p=0.40$ ). En el caso de la calidad de vida si existió diferencia

Estadísticamente significativa entre ambos grupos ( $p=0.02$ ). Sin embargo para el caso de los parámetros de medición del Quality of Life Index no hubo diferencias en el comportamiento de los valores para cada grupo.(Actividad  $p=1$ , vida diaria  $p=0.60$ , salud  $p=35$ , y talante  $p=0.60$ ).(ver tabla 3)

**TABLA 3**  
**CONTRASTE ENTRE LAS CARACTERISTICAS DE LOS**  
**ADULTOS MAYORES CON DIABETES Y SIN DIABETES DE LA**  
**UMF 21 DEL IMSS**

<b>CARACTERISTICA</b>	<b>P</b>
<b>EDAD</b>	0.40
<b>SEXO</b>	0.0001
<b>NIVEL DE CALIDAD DE VIDA</b>	0.02
<b>PARAMETRO DEL QUALITY OF LIFE INDEX</b>	<b>QUALITY INDEX</b>
<b>ACTIVIDAD</b>	1
<b>VIDA DIARIA</b>	0.60
<b>SALUD</b>	0.35
<b>TALANTE</b>	0.60

**FUENTE.-Quality of Life Index. (QLI)**

Lo cual indica que aunque los pacientes estudiados presentaron diferencias en cuanto a su sexo. Mostraron que su edad era casi similar de estos, su calidad de vida se evaluó como diferente. Sin embargo aun a pesar de esta diferencia ni su actividad, ni su vida diaria ni el estado de salud, así como su talante evaluados mediante la escala no mostraron tener un comportamiento distinto entre ambos grupos de estudio.

Cabe señalar que esto solo muestra que existió una calificación diferente para cada caso, pero sus respuestas a cada parámetro de la escala

no variaron. Por tanto es prudente mencionar que se requiere de un estudio adicional para valorar no solo si existe similitud o diferencia entre ambos grupos, sino además establecer correlación o presencia de causalidad y riesgo.

## **CONCLUSIONES**

1.-El 55.50 % de las personas de 60 años de edad o más mostró tener una calidad de vida alta, el 26.10 % calidad de vida media y el 18.30 % calidad de vida bajo. Es decir, un poco más de la mitad de ellos posee un nivel aceptable.

2.-El 55.55 % de estas personas obtuvo un puntaje alto (puntaje 2) dentro de cada uno de los parámetros del Quality of Life Index.

3.-Existe diferencia en el nivel de calidad de vida del adulto mayor diabético en comparación al no diabético de la UMF 21 del IMSS. Aunque sus respuestas a cada uno de los parámetros del Quality of Life Index fueron en proporción similares.



## **SUGERENCIAS.**

Es importante reconocer que al evaluar las consecuencias en la salud ante la presencia de Diabetes Mellitus se aborda un aspecto importante para entender las necesidades de cuidado para la población afectada de la UMF 21 del IMSS. Donde la información generada de la interpretación de los niveles de calidad de vida puede ofrecer un punto de partida clave para analizar la eficacia de las intervenciones y programas dirigidos al adulto mayor (2,3)

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. -Wood S. Dauphine. Assessing Quality of life in clinical Research from Where has we come where are we going. J.Clin. Epidemiology. Vol 52;No. 4,1993;355-363pp.
2. -Guilliford Martin C. and Deepak Mahabir Relationship of health related quality of life to symptom severity in Diabetes mellitus A study in Trinidad y Tobago.J Clin Epidemiol. Vol:52 ;No. 8 ,1999, 773-780pp.
- 3.-Evaluación de la psicopatología:Escalas en Español.Rogelio Apiquian Humberto Nicolini Edit Ciencia y cultura latinoamericana 1ª. Edición;México D.F:105-llpp.
- 4.-Alpizar S. Melchor y otros;La diabetes mellitus en el adulto Mayor..Rev. Med. Del IMSS; Vol:37;No.2;117-125.
- 5.-Lozano Dávila Ma. Esther.Programa de atención a la salud en el adulto mayor.;Salud comunitaria,VOL. III; No. 2 Mayo –Agosto ;México 1998;290-323pp.
- 6.-Lazcano Burcianaga Gloria .Eficacia en la educación en el control de la glicemia de pacientes con diabetes tipo 2 .Rev. MED del IMSS. VOL:37 No.1 México 1997;39-44 pp.
- 7.-Pérez Pérez Gabriela y otros..Medición del impacto de la muerte temprana por diabetes Mellitus; Salud comunitaria.; VOL II No. 1 Enero-Abril, México 1998;10-13 pp.

- 8.-De los Angeles Lara Rodríguez y otros.;Riesgos y daños a la salud en el proceso de envejecimiento; Salud comunitaria;VOL:II No. 2 Mayo-Agosto; México 1998;20-25pp.
9. -Lkveille Suzanne et al Aging successfully until death in old age;Oportunities for increasing active life expectancy; American Journal of epidemiology Vol: 149;No.7; USA 1999; 654-664pp.
10. -Consequences of the new diagnostic criteria for diabetes in older Man and Women; Diabetes care; Vol: 22;No.10;Octubre; USA 1999; 1667-1671pp.
11. -Torrance George W; Utility Approach to measuring health related quality of life J. Crohn; Vol 40;No: 6; 1987; 593-600pp.
12. -Krop Julie; Saunder Cristopher.Predicting expenditures for Medicare beneficiaries whit diabetes; Diabetes Care; Vol.2; No.10 Octubre; USA1999; 1660-166pp.
13. -Fiscella Kevin; is lower in come associated whit greater biopsycosocial morbidity; The journal of family practice; Vol: 48 No.5 Mayo; USA 1999; 372-377pp.
14. -Kannus Pekka; Palvanen Mika et al;Increasing number and incidence of fall induced severe head injuries in older adult. American Journal of epidemiology; Vol: 149;No.2; USA 1999; 143-149pp.
15. -Nicholas V. Emanuelle.Diabetich neuropaty; Therapies for peripheral and autonemics sympons; Geriatrics, Vol: 52;No.: 4; Abril; USA 1997; 40-49pp.

16. -Braxton D. Mitchell; Almasy A. Laura, et al; Diabetes on Mexican American families: relation to cardiovascular Risk; American journal of epidemiology; Vol: 149; No. 11;USA 1999; 1047-1045pp.
17. -E. Ware John Standards for validating health measures definition and content J. Crhon. Dis.;Vol. 40No.:6,USA 1987;473-480pp.
18. -H.Brook Robert; Quality of ambulatory care; Medical Care; Vol: 28;No.: 5,mayo; USA1990; 392-433pp.
19. -O. Spitzer Walter; Dobson Annett. Measuring the Quality of life of cancer patients; J.Crohn.Dis; Vol: 34;USA: 1981; 585-597pp.
20. -N.Bulter; Faye E. Eleanor et al; Keeping and eye on vision New tools preserve sight and quality of life; Geriatrics Vol: 52;No. Septiembre; USA 1997;48-56 pp.

**ANEXO**

**CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (QLI)**

Número de estudio: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Señale la duración de su enfermedad en años: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino

Registre la escala con los puntajes 2, 1, 0 de acuerdo a su evaluación del paciente.

**ACTIVIDAD**

**Durante la última semana el paciente.**  
 Trabaja o estudia todo el tiempo o la mayor parte de él en una ocupación habitual o labores del hogar o participa de manera voluntaria en otras actividades. (Se ha retirado o no)..... 2

Trabaja o estudia en una ocupación habitual labores del hogar o de manera voluntaria en otras actividades pero con menor tiempo o requiere de algún tipo de cuidado o lo ha suspendido al sentirse enfermo..... 1

No trabaja ni estudia ni participa en labores del hogar.....

**VIDA DIARIA**

**Durante la última semana el paciente.**  
 Puede comer/bebarse ir al baño, vestirse, usar transporte público o manejo de su propio auto por su mismo... 2

Requiere de asistencia (de otra persona o equipo especial para sus actividades diarias y transporte, desempeñando tareas ligeras..... 1

No puede cuidarse así mismo ni desempeñar tareas ligeras y no puede salir de casa o de algún establecimiento para nada..... 0

**SALUD**

**Durante la última semana el paciente.**  
 Parece sentirse bien o manifiesta sentirse "estupendo" la mayor parte del tiempo..... 2

Le ha faltado energía o no se siente enteramente bien más que ocasionalmente..... 1

Se ha sentido muy enfermo y parece débil y fatigado la mayor parte del tiempo o está inconsciente..... 0

**APOYO**

**Durante la última semana el paciente.**  
 Ha tenido buena relación personal con otros y recibido fuerte apoyo de al menos un miembro de la familia o amigo..... 2

El apoyo recibido o percibido por su familia y amigos ha sido limitado por la condición del paciente..... 1

El apoyo de su familia o amigos es infrecuente u ocurre cuando es absolutamente necesario, o el paciente está inconsciente..... 0

**TALANTE**

**Durante la última semana el paciente**  
 Tiene experiencia calmada y positiva aceptando el control de circunstancias personales incluyendo su alrededor. 2

Algunas veces presenta tener problemas porque no tiene control de sus circunstancias personales... o ha tenido períodos de obvia depresión y ansiedad..... 1

Ha estado seriamente confundido o temeroso o persistentemente ansioso y depresivo o se encuentra inconsciente..... 0