



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO ORIENTE**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 91
COACALCO, ESTADO DE MEXICO.**

**Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad
de Medicina Familiar 91.**

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

PRESENTA

DR. ALEJANDRO SÁNCHEZ NUÑEZ

**Coolaborador tesista
Edgar Ramírez Hernández
Pasante de enfermería.
CEDVA, ECATEPEC**



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.

Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar 91.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ALEJANDRO SÁNCHEZ NUÑEZ

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de la sede UMF. No 92 Ecatepec, Estado de México.

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

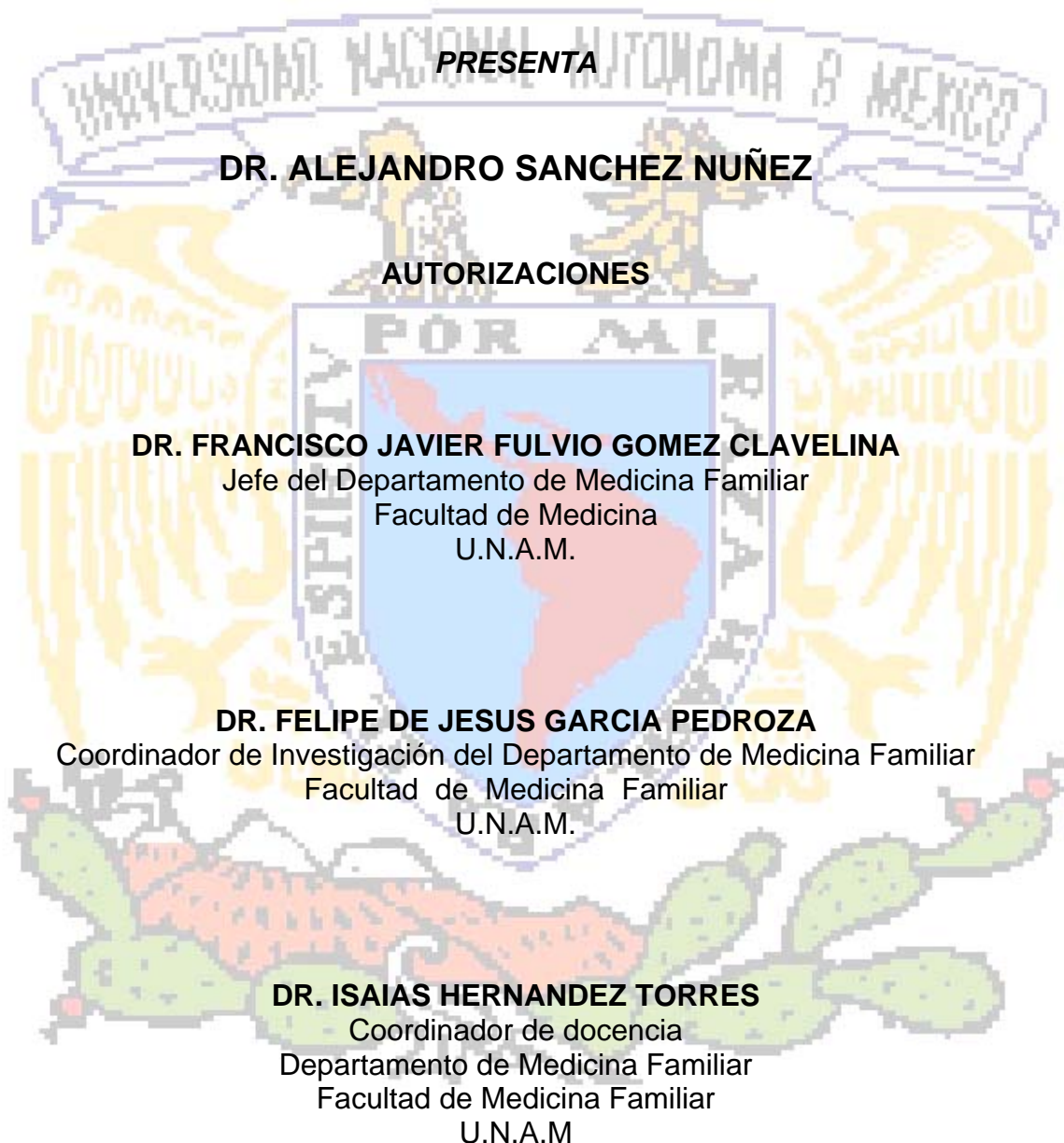
Asesor Metodológico de Tesis
Coordinador, Delegación Estado de México.

DR. J. ANTONIO GARCIA SANTELICES

Asesor de Tesis
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 92.

Calidad de vida en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar 91.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a mi profesor Dr. Guillermo Arroyo Fregoso por su dedicación y conocimientos, a el Dr. José Antonio García Santelices jefe de dpto. Invest. UMf. 92, por la revisión del presente documento.

Agradezco a mi esposa María de Los Ángeles por el apoyo brindado en esta fase de mi vida y educación, a mis hijos Yaeli y Alejandro que pueda ser ejemplo para el desarrollo de sus vidas.

Dedicatoria especial a mis padres Celia y Alfredo (1940-2008) que gracias a sus sacrificios, desvelos y a su apoyo incondicional lograron en mi el hombre de bien, para el desarrollo de mi país, mi familia y mi gente.

A ti Papá.

Alfredo Sánchez Sánchez.

1940-2008.

Índice:

Secciones	Paginas
Título-----	1
Índice General-----	2
Introducción y marco Teórico -----	3
Planteamiento del Problema -----	14
Justificación -----	16
Objetivos -----	18
-General	
-Específicos	
Hipótesis -----	18
Metodología -----	19
-Tipo de Estudio	
-Población, lugar y tiempo de estudio	
Tipo y tamaño de la muestra -----	21
-Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
Información a recolectar (variables) -----	22
Descripción general del estudio-----	24
Consideraciones éticas y recursos -----	26
Resultados, descripción (análisis estadístico) -----	29
-Tablas (cuadros) y graficas	
Discusión -----	41
Conclusiones -----	45
Referencias bibliográficas -----	47
Anexos -----	49

INTRODUCCIÓN.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas.

En la actualidad existen 150 millones de personas que padecen la enfermedad, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se duplicará en el año 2025.

Con el incremento de la esperanza de vida promedio de la población, las enfermedades crónicas suelen ser acompañantes cada vez más habituales de los seres humanos, en la edad madura más de 20 años y con mayor razón en la vejez.

El incremento de la expectativa de vida en muchos países ha provocado que las enfermedades crónicas ocupen actualmente un lugar importante en el perfil epidemiológico, incluso superior a las enfermedades infecciosas. La diabetes es una de las principales causas de morbi-mortalidad a nivel mundial; es la enfermedad endocrina más frecuente en todo el mundo, cada vez es más presente en la población joven

La calidad de vida, implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales y en factores externos. *La calidad de vida relacionada con la salud* incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas la cual de manera directa o indirecta interfiere en el proceso salud enfermedad control y/o descontrol de las enfermedades metabólicas como la diabetes.

MARCO TEÓRICO.

Generales.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), es una enfermedad caracterizada por hiperglucemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; está asociada a una deficiencia en la secreción o acción de la hormona insulina secretada por el páncreas.

En la actualidad existen 150 millones de personas que padecen la enfermedad, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se duplicará en el año 2025. Ello ocurrirá principalmente en los países en vías de desarrollo debido al crecimiento poblacional, envejecimiento, a la práctica de dietas alimenticias no saludables, la obesidad y un estilo de vida sedentaria. En nuestro continente americano existen aproximadamente 35 millones de personas con este padecimiento, de las cuales 19 millones corresponden a América latina y el Caribe, de continuar esta tendencia se prevé que para el año 2025 habrá 40 millones de enfermos ⁽¹⁾. En nuestro país, para 1999 la incidencia de nuevos casos se calculó en 2.9 por mil habitantes, la prevalencia en el año 2000 se estimó en 10.7% y constituyó la principal causa de muerte. Además, se ha apreciado un incremento en la proporción de diabéticos menores de 40 años con alta prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones crónicas. ⁽²⁾ En el instituto Mexicano del seguro social la mayor institución de salud pública de servicios de salud, en 2003 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como motivo de consulta especializada, y el tercero en la consulta de medicina familiar. Y como expresión de sus manifestaciones tardías es la causa principal de enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal, amputaciones no traumáticas, neuropatía periférica somática y autonómica ⁽²⁾. Con el incremento de la esperanza de vida promedio de la población, las enfermedades crónicas suelen ser acompañantes cada vez más habituales de los seres humanos en la edad madura más de 20 años y con mayor razón en la vejez. Por otro lado, en la época actual el sentido de la existencia parece extraviarse conforme se generaliza la pretensión de convertir todas las actividades humanas en negocios lucrativos bajo el supuesto de garantizar su viabilidad. Tal situación histórica representa un enorme desafío para las instituciones encargadas de

preservar y cuidar la salud de la población. La diabetes mellitus constituye uno de los retos para las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el encargo social del cuidado de la salud. ⁽²⁾

Otros autores citan que a la actualidad existen 171 millones de personas diabéticas y que para el 2030 llegarán a 370 millones de personas, el problema se magnifica al constatar que al menos un tercio de las personas con diabetes en América latina desconoce su condición de enfermo ⁽³⁾.

Lo cual desafía al programa de detección y complica la implantación de las estrategias de atención, control y prevención ⁽³⁾.

Por otro lado la encuesta nacional de salud (ENSA-2000), registró una prevalencia general de diabetes de 7.5% en la población de 20 años o más, de los individuos con diabetes el 77.3% ya conocía el diagnóstico de su enfermedad y 22.7% fue identificado por su participación en la encuesta. Al expandir estos resultados se estimó que existen al menos 2.8 millones de adultos que se saben diabéticos y además 820,000 sujetos que están afectados pero no habían sido diagnosticados. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres que en hombres (7.8% y 7.2%). La prevalencia más alta continua siendo en sujetos con mayor edad el 22.4% y la menor prevalencia en el grupo etáreo de 20 a 39 años 2.3%. Pese ello una proporción importante de personas iniciaron su padecimiento antes de los 40 años de edad, lo que aumenta las posibilidades de tener las complicaciones crónicas de la enfermedad. ⁽⁴⁾

En México la situación epidemiológica es parecida al resto de los países en vías de desarrollo en cuanto a la magnitud del problema, aunque las cifras varían dependiendo de la fuente, el nivel de atención, la población de referencia, el tipo de diagnóstico, los criterios de clasificación, entre otros. La encuesta nacional de enfermedades crónicas (ENEC-1993) la prevalencia general de diabéticos de 8.2 a 21 % en los adultos de 60 a 69 años. La encuesta nacional de salud del II (ENSA-II) indicó una prevalencia de 9% para la población mayor de 60 años y una tasa de mortalidad percibida de diabetes de dos por cada 1000 habitantes, para ubicarse entre los principales problemas de salud reportados, ya que 2% de las personas la identificó como un problema de salud en los últimos 15 días previos a la encuesta. ⁽⁵⁾

Los derechohabientes del IMSS tuvieron una prevalencia de diabetes de 8.9% y una razón de diagnosticados de 4.6 sobre hallazgos. La relación que guarda la escolaridad y la presencia de diabetes mellitus es inversamente proporcional, se presenta con mayor frecuencia en los grupos con menor escolaridad. 5% en personas con escolaridad secundaria o más, y más del 10% en personas con escolaridad primaria o preescolar, se triplicó para las personas que no tenían escolaridad. ⁽⁴⁾

Como causa de morbilidad produjo 287,180 casos nuevos de diabetes tipo 2, ocupando el décimo lugar dentro de las principales causas de enfermedad en el país. ⁽⁴⁾

La mayoría de los diabéticos conocidos recibían atención médica al momento de la encuesta (82.4%), sin embargo los pacientes con tratamiento médico establecido para el control de la diabetes solamente el 55.9% presentaron niveles de glucemia casual mayor de 200mg/dl. o en ayuno mayores de 140mg/dl, al momento de la evaluación. En relación de sexo las mujeres y hombres con algún tratamiento de control de la glucemia con niveles de glucosa en ayuno más de 140 y casual de mas de 200mg/dl. Fue de 58% en mujeres y 53% en hombres. Y por edad se encontró que los pacientes entre 20 a 69 años presentaron en el 50% de los pacientes estudiados estos mismos niveles de glucemia. ⁽⁴⁾

En niños mexicanos se desconoce la prevalencia de la diabetes tipo 2 pero en niños Mexicano-Estadounidenses se informa que el 21% padecen esta enfermedad, particularmente aquéllos cuyos padres tienen diabetes mellitus 2 y están obesos. ⁽⁵⁾

El incremento de la expectativa de vida en muchos países ha provocado que las enfermedades crónicas ocupen actualmente un lugar importante en el perfil epidemiológico, incluso superior a las enfermedades infecciosas (transición epidemiológica). La diabetes es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial; es la enfermedad endocrina más frecuente en todo el mundo y se ha consolidado como causa importante de muerte y discapacidad. Produce gran cantidad de complicaciones agudas y crónicas y la mayor parte de ellas pueden evitarse o modificarse. En etapas avanzadas las complicaciones crónicas más frecuentes son la microangiopáticas, en especial

renales y oculares; Macroangiopáticas con afectación de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y las neuropatías. Las complicaciones agudas de la enfermedad las cuales son más graves podemos citar a la cetoacidosis diabética, el estado hiperosmolar y la hipoglucemia, que requieren atención en unidades de cuidado intensivo o intermedio, estas últimas representan dos extremos en el espectro de la diabetes mellitus descompensada. ⁽⁶⁾

La retinopatía diabética es la causa más frecuente de casos nuevos de ceguera en personas de 20 a 64 años en EU. Y el tiempo de evolución y descontrol metabólico puede ser un factor de predicción con mayor peso para el desarrollo y la progresión de la retinopatía diabética y para pérdida visual atribuida a esta. Después de los 20 años de evolución más del 60% de los diabéticos tipo 2 tienen retinopatía diabética. La prevalencia en pacientes tipo 2 que no utilizan insulina es de 57.7% a los 15 años. ⁽⁷⁾

Los infartos del miocardio, las bronconeumonías, la insuficiencia renal crónica, los trastornos metabólicos agudos y los accidentes vasculares cerebrales, son la principal causa de muerte en los pacientes diabéticos. Y presenta un índice de mortalidad que puede llegar a ser del 32 al 75% del total de fallecimientos por estas causas. ⁽⁸⁾

La diabetes mellitus 2, la hipertensión arterial, las dislipidemias, el tabaquismo, la obesidad, la microalbuminuria, y el índice de filtración glomerular menor de 60ml/min. Influyen directamente en la aparición y el avance de las enfermedades cardiovasculares, que son causa importante de mortalidad. Más de la mitad de los diabéticos padecen de hipertensión arterial y esta asociación ha sido reconocida como el marcador de riesgo cardiovascular más importante. ⁽⁸⁾

El síndrome metabólico cuya definición aún no termina de ser establecida, la elevación del colesterol total continúa siendo un marcador importante de riesgo cardiovascular. Por lo tanto resulta imperativo el conocimiento y el apego al tratamiento médico y farmacológico para minimizar los riesgos cardiovasculares en los pacientes adultos en general así como en pacientes diabéticos tipo 2. ⁽⁹⁾

La diabetes mellitus tipo 2 cada vez es más frecuente en la población joven, aunque se han identificado marcadores genéticos determinantes, es evidente que el medio ambiente en el que crece y se desarrolla un individuo, contribuye marcadamente a que se sobrepase la capacidad funcional del organismo y se desarrolle la enfermedad. La diabetes mellitus y la obesidad son enfermedades multifactoriales que frecuentemente coexisten y que ambas causan alteraciones en la respuesta secretora de la célula beta o resistencia a la insulina. ⁽¹⁰⁾

La diabetes mellitus tipo 2 es la causa más común de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en estados unidos y en México con una prevalencia del 60%, se estima que en el mundo alrededor de 100,000 diabéticos están recibiendo algún tipo de tratamiento de reemplazo renal, el pronóstico es muy pobre con una mortalidad mayor de 50% cuando existe asociación de IRC y DM 2, además estos pacientes aunados a las otras complicaciones crónicas de la DM 2 generan un incremento importante en el costo de la atención médica de los servicios de salud tanto particulares como institucionales. La proteinuria es también uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y de desarrollo de nefropatía diabética, por lo tanto la detección en estadios tempranos de la enfermedad renal mediante la búsqueda de microalbuminuria y el control de la misma es trascendente para evitar las fases avanzadas de la enfermedad renal (macroalbuminuria), donde además de la albúmina se filtran otras proteínas (fase de proteinuria). ⁽¹¹⁾

El control de la diabetes mellitus tipo 2 involucra cambios efectivos de conductas, actitudes y conocimientos que conciernen a valores, tradiciones y costumbres adquiridas en la vida del paciente, difíciles de modificar aunque la persona reconozca la necesidad de dichos cambios. Dada la complejidad del problema se ha recomendado enfrentarlo integral y disciplinariamente, considerar la educación, el control nutricional el ejercicio físico y en caso necesario, el tratamiento farmacológico. Respecto al aspecto físico resulta paradójico que los pacientes con DM2 siendo el pilar fundamental el ejercicio en el tratamiento de la enfermedad solo el 6% de pacientes de acuerdo a la ENSA 2000 realizan ejercicio sistemático. The American diabetes association, la organización mundial de la salud y la norma oficial mexicana recomiendan al

ejercicio como básico en la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. El ejercicio físico debe ser aeróbico para incrementar la sensibilidad a la insulina y el consumo de glucosa muscular y hepática. ⁽¹²⁾

Desde el punto de vista del paciente diabético, este inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad crónica degenerativa, la cual la debe entender que no evoluciona hacia la curación, si no al control buscando prevenir las complicaciones. Para lo cual necesariamente depende de la modificación de una serie cambios en sus conductas frente al padecimiento, lo que incluye una adherencia terapéutica farmacológica, modificaciones de los aspectos cotidianos más profundamente interiorizados en los estilos de vida, como la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante las circunstancias que provocan estrés emocional. El conocer y visualizar así como comprender los consensos culturales de los pacientes con respecto a su enfermedad nos lleva a pensar que el tratamiento para el control de la diabetes mellitus tipo 2 es una tarea simultánea del proveedor de salud y el paciente. ⁽¹³⁾

La meta básica del control de los pacientes diabéticos está en evitar que presente hiperglucemia, sin embargo es conocido que el control glucémico en sumamente difícil, en México y en el extranjero los resultados de la mayoría de los estudios de pacientes diabéticos presentan valores no aceptables, sin importar el tratamiento instituido, por lo general a mayor tiempo transcurrido a partir del diagnóstico mayor deterioro. El control metabólico debe estar encaminado a obtener glucemias en ayuno entre 90 a 130 mg/dl. Y postprandiales < de 180 mg/dl. Así como una hemoglobina glucosilada (HbA1c) < 7%. ⁽¹⁴⁾

Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes tipo 2 son motivo frecuente de hospitalización, la cetoacidosis representa de 13 a 86 de cada 1000 pacientes diabéticos hospitalizados con una mortalidad en pacientes jóvenes de 2 a 5 % y 22% en mayores de 65 años. El coma hiperosmolar no cetósico muy frecuente en paciente en edad media y avanzada y tiene un peor pronóstico que la cetoacidosis con una mortalidad de 15 a 70 %. La hiperglucemia y la hipoglucemia tienen una frecuencia de 66 y 21 % respectivamente de hospitalizaciones de mediano a corto plazo. Y las

complicaciones crónicas, las cuales tienen estancias intrahospitalarias más prolongadas y sus tasas de mortalidad en países en desarrollo como el nuestro hasta el 27 %.⁽¹⁵⁾

Por todo esto la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad los pacientes con esta enfermedad requieren internamientos de 2.4 veces más que la observada en la población en general, la cual aumenta con los de mayor edad. Los gastos médicos están bien documentados, tres veces más que los pacientes no diabéticos, los cuales el presupuesto se gasta en 58% en hospitalizaciones, 14% en visitas periódicas, 13% fármacos antidiabéticos y 10% análisis de laboratorio. Las causas motivos de hospitalización fueron principalmente por descontrol metabólico, seguido por los procesos infecciosos, los cuales pueden ser modificables y reducir los altos costos.⁽¹⁵⁾

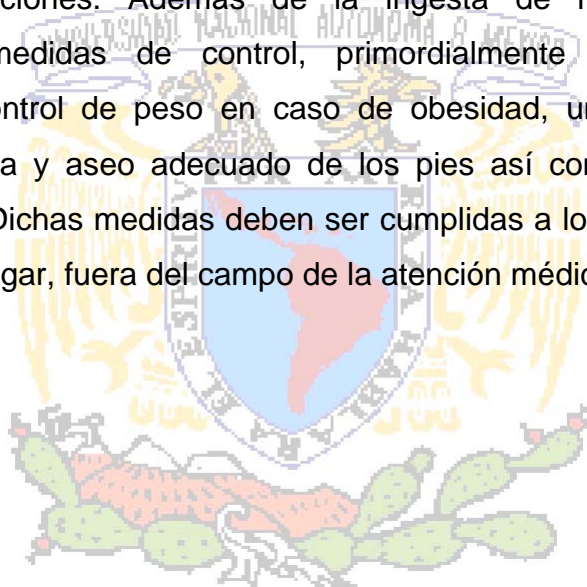
La adherencia es un fenómeno determinado multidimensionalmente, por la interrelación de 5 factores que la determinan. El término de factores los cuales están relacionados son justamente un determinante, la creencia común es que los pacientes son los únicos responsables de el desacato o la no adhesión de la toma de su tratamiento, y la adhesión a su dieta a menudo refleja un mal entendimiento de cómo otros factores afectan las acciones de las personas y la capacidad de adhesión a su (s) tratamiento (s). El tamaño del análisis de cada una de las 5 dimensiones refleja la cantidad de evidencia posible la cual se basa por el concepto erróneo tradicional que esa adhesión es problema del paciente manejado. Las cinco dimensiones de estudio de adherencia son:

- 1- sistemas de salud.
- 2- Factores sociales y económicos.
- 3- Factores condicionantes relacionados.
- 4- Factores relacionados al paciente.
- 5- Factores relacionados al tratamiento.

El estado socioeconómico puede no ser un factor predictor bien fundamentado de adherencia terapéutica, en ciudades con un estado socioeconómico bajo frecuentemente ocurren demandas directas por disponer

recursos limitados, puede ser comparado con otros miembros de la familia con mayores recursos y cuentan con un mejor sistema de cuidado de salud. Algunos factores que afectan la adherencia como la pobreza, analfabetismo, el nivel educativo bajo, desempleo, la falta apoyo de redes afectivas, condiciones inestabilidad de la vida, largas de distancias de los centros de tratamiento, alto costo del transporte, costo alto de los medicamentos, el cambio del las situaciones del medioambiente, cultura y las creencias laicas sobre la enfermedad y el tratamiento, así como la disfunción familiar. ⁽¹⁶⁾.

Por último la diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento integral para lograr el control metabólico y prevenir sus múltiples complicaciones. Además de la ingesta de medicamentos, se requieren otras medidas de control, primordialmente el ajuste de la alimentación, el control de peso en caso de obesidad, una actividad física adecuada, vigilancia y aseo adecuado de los pies así como evitar posibles focos infecciosos. Dichas medidas deben ser cumplidas a lo largo de su vida y efectuadas en el hogar, fuera del campo de la atención médica. ⁽¹⁷⁾



CALIDAD DE VIDA:

El concepto denominado *calidad de vida* implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. La *calidad de vida relacionada con la salud* incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida.⁽¹⁸⁾

Engquist la definió como “el conjunto de factores necesarios para lograr un medio ambiente que permita un espacio personal, sea estable, favorezca la toma de decisiones, no propicie dependencia y reconozca los intereses individuales a través de proveer de actividades recreativas, educacionales, vocacionales y espirituales y que permita al paciente mantener el contacto con su familia y comunidad asegurando la confianza personal”⁽¹⁹⁾

La OMS define a la calidad de vida como una “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”⁽²⁰⁾

La diabetes no es una enfermedad que afecta únicamente a la persona que la padece, sino a toda la familia. Las personas diabéticas incluidas en un estudio manifiestan que por sus familias, se sienten apoyadas en el manejo de su enfermedad. Consideran, además, que los familiares que tienen un nivel elevado conocimiento sobre la diabetes son los que aportan más apoyo al diabético. Es importante que las personas próximas al diabético, así como el mismo paciente conozcan la enfermedad y el tratamiento, tanto para facilitar la adhesión del paciente al mismo y ayudarle en las ocasiones que el lo necesite.⁽²¹⁾

Por otra parte las personas diabéticas que reciben de su familia más críticas que elogios tienen más problemas para llevar a cabo las pautas del tratamiento

correctamente y presentan pensamientos más negativos sobre su salud. Los datos sugieren que las críticas en si mismas, sin aportar indicaciones concretas sobre conductas alternativas, no son efectivas para el control de la enfermedad. ⁽²¹⁾

Con los datos disponibles hasta ahora, podemos afirmar que la satisfacción de las personas diabéticas con la atención recibida por parte del personal sanitario y con el apoyo familiar está relacionado con el seguimiento del tratamiento, y con ello redundará en la consecución de un control mayor de la enfermedad y una mayor calidad de vida en el diabético. ⁽²¹⁾

Antecedentes científicos específicos.

La calidad de vida será valorada mediante el instrumento de medición validado el cual su versión original fue proporcionado por G, Boyer mediante comunicación personal, con los autores que lo adaptaron haciendo cambios mínimos en su versión en español hablado en México, validado para ser aplicado en este país. Y previa autorización del autor para ser aplicado en el presente estudio. ⁽¹⁸⁾

La calidad de vida de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida. Su uso constituye una medida centrada en el paciente el cual mide la opinión de éste respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. ⁽²²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La diabetes mellitus como muchas enfermedades crónicas degenerativas, ha mostrado incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo como hemos podido valorar. Continua siendo un problema de salud pública a nivel regional, nacional y mundial por lo que el número de pacientes diariamente se encuentra en aumento. El alto costo social y económico que este mal genera requiere de medidas trascendentes para evitar sus complicaciones y mejorar la calidad de vida. Los múltiples programas preventivos que se han implementado parecen no detener los nuevos casos de ésta enfermedad.

Afecta al 5,1 de la población mundial actualmente y se estima que puede llegar a un 6,3 en el 2025 (Comunicado del Congreso IDF 2003. Prevención de la diabetes: actividad física y nutrición).

Según el país, puede generar entre 5 y 14% de los gastos de salud. En 1998 había más de 140 , 000, 000 de personas diabéticas en el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, esta cifra aumentará a unos 300, 000, 000 para el año 2025. Si además de lo anterior, se considera el hecho de que la esperanza de vida del diabético es, como promedio, 8 años menor que la de las personas no diabéticas en edades de 55 a 64 años y 4 años menor en los de 65 a 74, se puede ratificar que esta afección constituye, cada vez más, un importante problema de salud.

Teniendo en cuenta el importante aporte de la diabetes a la morbi-mortalidad se considera de gran importancia cuantificar el impacto de esta enfermedad en la *duración* y *calidad* de vida la población de una manera *integral* (combinando mortalidad y morbilidad) lo que, consecuentemente, puede servir de orientación para el planteamiento de estrategias encaminadas a elevar la expectativa de vida (en buen estado de salud) de la población, no hay estadísticas nacionales e internacionales para cuantificar calidad de vida ya que es un concepto que ha venido cobrando fuerza en los últimos años pero estudios realizados por Garcia Peña Y cols. Detectaron mala calidad de vida del 62% de los pacientes relacionada a el tiempo de evolución de la enfermedad, así mismo en el 53% relacionada con el descontrol metabólico, 55.55% relacionados a

complicaciones tardías. Castillo et al. Detectaron que son pocos los estudios ellos encontraron con mala calidad de vida en el 44% relacionados a su estado físico, 40% relacionada con el aspecto psicosocial, el 46% en el aspecto sexual en el 30% el la relación de pareja⁽²²⁾, alfaro Alfaro et al. Reportaron 60%(90 casos) de los adultos diabéticos auto percepción de buena Calidad de Vida y el 40% restante (60 casos), se autopercibió con mala calidad de vida⁽²³⁾

DEBIDO A QUE EL MEDICO FAMILIAR ATIENDE AL INDIVIDUO EN LA ESFERA BIOLOGICA, PSICOLOGICA Y SOCIAL Y EN FORMA CONTINÚA NO EPISODICA, ME INTERESA CONOCER ESTE EVENTO EN EL HAMBITO DE TRABAJO, POR LO CUAL SURGE LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2 en la UMF. No. 91 del IMSS.?



JUSTIFICACIÓN

El propósito de este estudio es determinar ¿cual es la calidad de vida? de vida de nuestra población derechohabiente que padecen diabetes mellitus tipo 2, los cuales de acuerdo al censo de la Unidad tenemos 1603 pacientes diabéticos a diciembre de junio del 2008, y se ha visto en algunos estudios que una mala calidad de vida puede relacionarse a evolución prolongada de la enfermedad, a un mal control glucémico y al deterioro lento y progresivo de la salud personal de los pacientes diabéticos.

El descontrol metabólico de los pacientes diabéticos de manera crónica conlleva a la aparición propiamente dicha de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad, y los servicios de salud llevan a cargo los gastos de material, personal, y tratamiento con poli-fármacos, encaminados a mejorar la salud de los pacientes y así evitar o retrasar la aparición de éstas complicaciones.

La no adherencia al tratamiento médico, farmacológico, dietético y a las indicaciones generales como el ejercicio rutinario y supervisado coadyuvan al descontrol metabólico y por lo tanto al deterioro de la salud ya mermada de los pacientes y/o a la aparición prematura de las complicaciones agudas o crónicas propias de la enfermedad, y pueden relacionarse a una mala calidad de vida, por lo tanto aumenta el riesgo de mayor morbi-mortalidad cardiovascular.

Por todo lo anterior es importante y trascendente determinar ¿Cuál es la calidad de vida? que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y posteriormente tratar de incidir en la modificación de estos factores con la creación de programas y así ayudar a sanear los sistemas de salud y a fortalecer las instituciones, con una mejor distribución de recursos.

Como ya se valoró en los antecedentes la enfermedad es causa importante de morbi-mortalidad y causa de consumo de los recursos humanos y económicos de los institutos de salud IMSS, ISSSTE, secretaría de salud y básicamente de todo el sistema nacional de salud, que enfrentan uno de los problemas de salud

más relevantes de las últimas décadas por su alta incidencia y prevalencia de esta enfermedad, junto a sus complicaciones.

El presente estudio es factible ya que disponemos de recursos físicos, materiales y humanos para poder llevarlo a cabo.

El estudio presenta debilidades (vulnerabilidad) ante las cuales se deberán tomar las medidas pertinentes en su preciso momento y de acuerdo a los criterios del comité de investigación local, asesores y el propio investigador.



OBJETIVOS

General

Determinar cual es la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden a la consulta de Medicina Familiar a la UMF. 91.

Específicos.

- I. Determinar cual es la sensación de gravedad de la enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2.
- II. Valorar cual es la calidad de vida y sensación de gravedad de la enfermedad de acuerdo a genero (masculino-Femenino).
- III. Establecer cual es la calidad de vida por grupos etáreos y si hay relación con la misma.
- IV. Establecer si los factores relacionados que se estudiaran en el presente estudio tales como: energía movilidad, control de la diabetes, ansiedad preocupación, carga social y funcionamiento social, tienen relación a una mejor o peor calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2.

HIPOTESIS:

NO NECESARIA POR SER UN TRABAJO DESCRIPTIVO.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO.

En el servicio de consulta externa de la unidad de medicina familiar No 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona oriente.

Población de estudio:

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, que tengan una edad de 30 a 65 años de edad que asistan a la consulta externa de la unidad de medicina familiar numero 91 del IMSS. Elegidos al azar que acudan a control, vigilancia y tratamiento durante los meses de Agosto del 2007 a Febrero del 2008.

Instalaciones de la UMF. 91 del IMSS.

Instrumento de medición Validado en México calidad de vida Diabetes 39

DISEÑO.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional.
Descriptivo.
Prospectivo.
Transversal.



CRITERIOS DE SELECCIÓN.

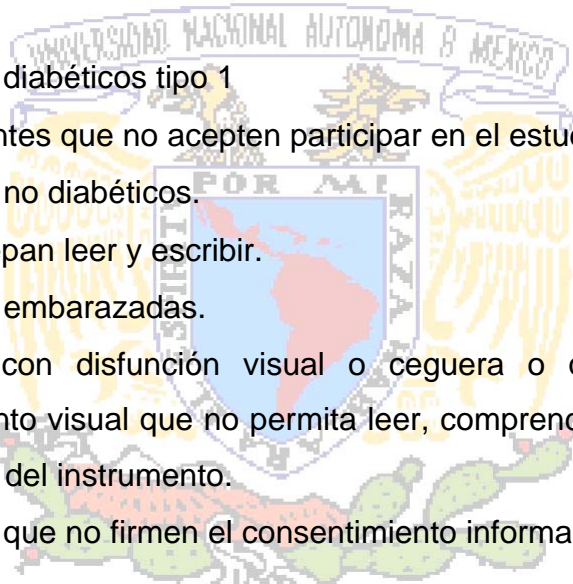
Características de los casos.

- Pacientes con diabetes Mellitus de tipo 2 elegidos por azar simple que acudan a la consulta externa de ambos turnos, de los 20 consultorios de la UMF 91 del IMSS.
- Ambos géneros.
- Con una edad de 30 a 65 años.

Criterios de inclusión

- Paciente que curse con diabetes de tipo 2.
- Ambos géneros.
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Que cuenten con 3 glucemias centrales como mínimo.

Criterios de exclusión.

- 
- Pacientes diabéticos tipo 1
 - Los pacientes que no acepten participar en el estudio.
 - Pacientes no diabéticos.
 - Que no sepan leer y escribir.
 - Pacientes embarazadas.
 - Paciente con disfunción visual o ceguera o que tengan algún impedimento visual que no permita leer, comprender y responder las preguntas del instrumento.
 - Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que no terminen el cuestionario completo por decisión, fallecimiento o causa imputable a, el entrevistado.
- Pacientes que desistan de seguir participando en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Censo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Mediante el seguimiento de casos consecutivos probabilísticos.

Censo de diabéticos Mellitus tipo 2 (E11.9), total de la UMF 91 **1,603**

Se determino el tamaño de la muestra mediante la siguiente formula:

$se^2 =$ error estándar $=0.015$

$n^1 =$ tamaño de la muestra sin ajustar.

$v^2 =$ Varianza de la población. Su definición se²

$$n^1 = s^2 / v^2$$

$$s^2 = p(1-p) = 0.9(1-0.9) = 0.09$$

$$v^2 = (0.015)^2 = 0.000225$$

$$n^1 = 0.09 / 0.000225 = 400$$

Tamaño de la muestra:

$$n = n^1 / 1 + (n^1 / N)$$

$$n = 400 / 1 + (400 / 1603)$$

$$n = 400 / 1 + 0.24953$$

$$n = 400 / 1.24953$$

$$n = 320 \text{ pacientes con diabetes}$$

N= 1603 población total del diabéticos de la UMF 91 Coacalco

Tamaño de la muestra calculada para nuestro estudio será de 320+20% por las posibles perdidas será de **384 encuestados**.

Pacientes seleccionados al azar que acudan a su cita mensual de control de diabetes mellitus tipo 2

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición.
Independiente Diabetes Mellitus tipo 2	Enfermedad caracterizada por hiperglucemia y desequilibrio del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas; está asociada a una deficiencia en la secreción o acción de la hormona insulina secretada por el páncreas. Con valores de glucemia mayores o igual a 126 en 2 o más tomas o glucosa ocasional mayor o igual de 200mg/dl. Aunado a síntomas.	Pacientes diagnosticados como diabéticos tipo 2 (no dependientes de insulina)	Nominal	la establecida la ADA de 2003 2 glucemias en ayuno igual o mayores a 126mg/dl. Glucemia ocasional Igual o mayores a 200mg/dl asociada a síntomas. Descontrol Glucemias en ayuno o postprandiales mayores de 140mg/dl.
Dependiente Calidad de vida del diabético tipo2 (cualitativa)	Evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (socio-demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. La <i>calidad de vida relacionada con la salud</i> incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas.	El grado de impacto que tiene la enfermedad en la vida del paciente. Buena o mala calidad de vida.	Ordinal	Mejor calidad de vida (puntuación total individual menor que la mediana grupal) Peor calidad de vida (puntuación total individual igual o mayor a la mediana del grupo) (buena o mala)
Sensación de gravedad de la enfermedad (cualitativa)	sensación de malestar que altera al sujeto humano en su integridad bio-psico-social y trascendente.	La sensación que el paciente tiene con respecto a su enfermedad.	ordinal	Menor gravedad (puntuación total individual menor a la mediana grupal) Mayor gravedad (Puntuación total individual mayor a la mediana grupal)

Energía movilidad, (cualitativa)	Energía se define como la capacidad para realizar un trabajo. Movimiento: la fuerza, precisión, equilibrio, coordinación y durabilidad del desplazamiento.	La postura que tiene el paciente con respecto a su energía y autonomía de acuerdo a su perspectiva.	Ordinal	Mejor calidad de energía movilidad (puntuación total individual menor a la mediana grupal) Peor calidad de energía movilidad (mayor o igual a la mediana grupal)
Control de la diabetes, (cualitativa)	Situaciones inherentes para que el paciente logre controlar su diabetes, tales como el horario de alimentos de toma de medicamentos, indicaciones terapéuticas, restricciones alimentarias, ser diabético, tomar de glucemia, organizar la vida en torno a la diabetes.	La perspectiva o sensación del propio paciente respecto a las actividades que tiene que ver para lograr el control de la diabetes.	Ordinal	Mejor perspectiva del control de la diabetes (puntuación menor a la mediana grupal) Peor perspectiva del control de la diabetes Puntuación total igual o mayor a la mediana grupal total)
Ansiedad preocupación, (cualitativa)	Estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bienpreciado.	La percepción personal que tiene el paciente diabético en cuanto a situaciones condicionantes de ansiedad.	Ordinal	Mejor perspectiva de ansiedad preocupación (puntuación menor a la mediana grupal) Peor perspectiva de ansiedad preocupación. Puntuación total igual o mayor a la mediana grupal total)
Carga social (cualitativa)	Las restricciones sociales que la diabetes impone al paciente, así como la actitud del mismo por padecer la diabetes	La perspectiva que tiene el paciente en relación a su diabetes y las restricciones que piensa le condiciona la enfermedad.		Mejor perspectiva de ansiedad preocupación (puntuación menor a la mediana grupal) Peor perspectiva de ansiedad preocupación. (Puntuación total igual o mayor a la mediana grupal total)
funcionamiento sexual				
Género (cualitativa)	La identidad femenino de masculino	El sexo propio masculino o femenino	Ordinal	Masculino femenino
Años de padecer la diabetes	Se define como los años que un individuo sabe que padece de la enfermedad	Año de inicio de la diabetes tipo 2.	Ordinal	Numero total de años de padecer diabetes mellitus tipo 2

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se realizará estudio en el cual se valorará la calidad de vida de los pacientes Diabéticos tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención (UMF 91 Coacalco).

1. Durante el periodo de Agosto del 2007 a Febrero del 2008, en los cuales se aplicará el Cuestionario 39 de calidad de vida de diabetes mellitus, (es un instrumento validado en México) a pacientes seleccionados con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que se presenten a la consulta de medicina familiar a su control mensual.
2. El cuestionario será aplicado por encuestadores que capacitados asesorados por el Médico investigador Alejandro Sánchez Nuñez, el colaborador de tesis pasante de enfermería Edgar Ramírez Hernández y asesores en la unidad de medicina familiar de forma de auto aplicación pero con orientación cuando el paciente no comprenda alguno de los ítems, por lo que se requerirá que los pacientes sepan leer y escribir y no padecer lesiones visuales que les impida contestar el cuestionario.
3. Por medio de encuestadores capacitados se solicitará la firma del consentimiento informado y se explicará los fines y los posibles alcances a los pacientes que acepten participar en este estudio.
4. Se citará a los pacientes seleccionados para que acudan al aula un día específico para la aplicación de cuestionarios.
5. se procederá a recabar la ficha de datos generales en la cual se considerará la edad, el género, estado civil, peso, talla, IMC, tiempo de evolución, comorbilidad, complicaciones crónicas, el tiempo de evolución de la enfermedad, así como el estado metabólico (los niveles de glucemia que presenten los pacientes en los últimos 3 meses, colesterol y triglicéridos), que serán obtenidos de los expedientes clínicos.
6. Los datos obtenidos se captaran en la base de datos mediante método computacional SPSS que se revisaran periódicamente para valorar la calidad de la captura de los datos con apoyo de los asesores.

7. correspondiente y se redactara el escrito para su publicación.

El estudio es observacional, descriptivo, y abierto, no se influirá sobre la decisión del los pacientes sobre la respuesta de cada Item.

ANALISIS DE DATOS.

Los datos se analizarán mediante tratamiento estadístico SPSS versión 12 en español.

Para las variables universales se propone el uso de las medidas de tendencia central (Media, Moda, Mediana) y la determinación porcentual.



FACTIBILIDAD Y ASPECTO ÉTICO.

El presente estudio se realizará en apego y respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 16 a 21 y apegándose a las normas en investigación para el Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante.

El proyecto de investigación se considera con riesgo menor al mínimo, por tratarse de la evaluación de los últimos 3 niveles de glucosa de manera mensual y los resultados obtenidos de colesterol y triglicéridos de los expedientes clínicos de pacientes con diabetes tipo 2, y por otra parte la aplicación de una encuesta a los pacientes con este problema, de la consulta externa de la UMF 91 del IMSS; Aunado a que contará con consentimiento bajo información. (anexo)

El estudio es factible ya que se cuenta con pacientes de programa diabetes dentro de la consulta diaria de medicina familiar.

Los costos de la papelería y demás implementos que se requieran durante el estudio, serán por cargo del Investigador principal. Dr. Alejandro Sánchez Núñez

Se respetará la individualidad de los pacientes ya que los cuestionarios serán manejados de manera ética, responsable, confidencial, respetando la individualidad de los pacientes y con el consentimiento informado previo al mismo.

No se influirá sobre la manera de pensar de los pacientes que acepten ingresar al estudio.

Los resultados de los estudios solamente serán evaluados por el comité local de investigación 1401, el investigador principal, los asesores y los resultados del estudio en su caso podrán ser publicados en revistas científicas de manera ética, profesional y confidencial, guardando el anonimato de todos y cada uno de los pacientes que acepten participar en el presente estudio.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIERO.

1.- RECURSO HUMANOS.

A).- Médico; Alumno del curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF 91 del IMSS, colaborador de tesis pasante de enfermería Edgar Ramírez Hernández.

B).- Asesores Metodológicos.

Coordinador clínico de Educación e investigación en Salud de la UMF 91.

Profesor titular del curso de Especialización de Medicina Familiar.

C).- Médicos familiares del turno matutino y vespertino que acepten participar en apoyo a la aplicación de encuestas con sus pacientes Diabéticos.

2.- RECURSO MATERIALES.

a).- Computadora personal con procesador Intel celerón M con sistema operativo Windows Home XP.

b).- Paquete estadístico programa SPSS versión 12.

c).- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar en estudio.

e).- Material de papelería; hojas, lápices, bolígrafo, etc.

3.- RECURSOS FINANCIEROS.

a).- El IMSS cuenta con los recursos físicos y humanos para la realización del presente proyecto. Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal. No requiere donación adicional para su realización.

b).- Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio programado.

c).- La investigación será con el financiamiento del autor.

RESULTADOS:

Fueron estudiados 380 pacientes adultos con diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 91 Coacalco, durante los meses de Agosto del 2007 a Febrero del 2008, cuyas edades oscilaron de los 30 a los 65 años de edad, de los cuales 210 (55.26%) fueron del sexo masculino y 170 (44.73%) del sexo femenino, 4 pacientes fueron excluidos por ser analfabetos, se reportó una calificación global de mejor calidad de vida de la población de estudio de 180 pacientes que representan el 47.37% y una peor calidad de vida de 200 pacientes el 52.63%,(ilustración y cuadro 1)

Hubo una mayor proporción de hombres 52.63% en relación con las mujeres 47.37% en nuestro grupo de estudiado.

CALIDAD DE VIDA RESULTADOS GENERALES

mejor calidad de vida	peor calidad de vida
180	200
47.37%	52.63%

CUADRO 1 CALIDAD DE VIDA PACIENTES DM. 2

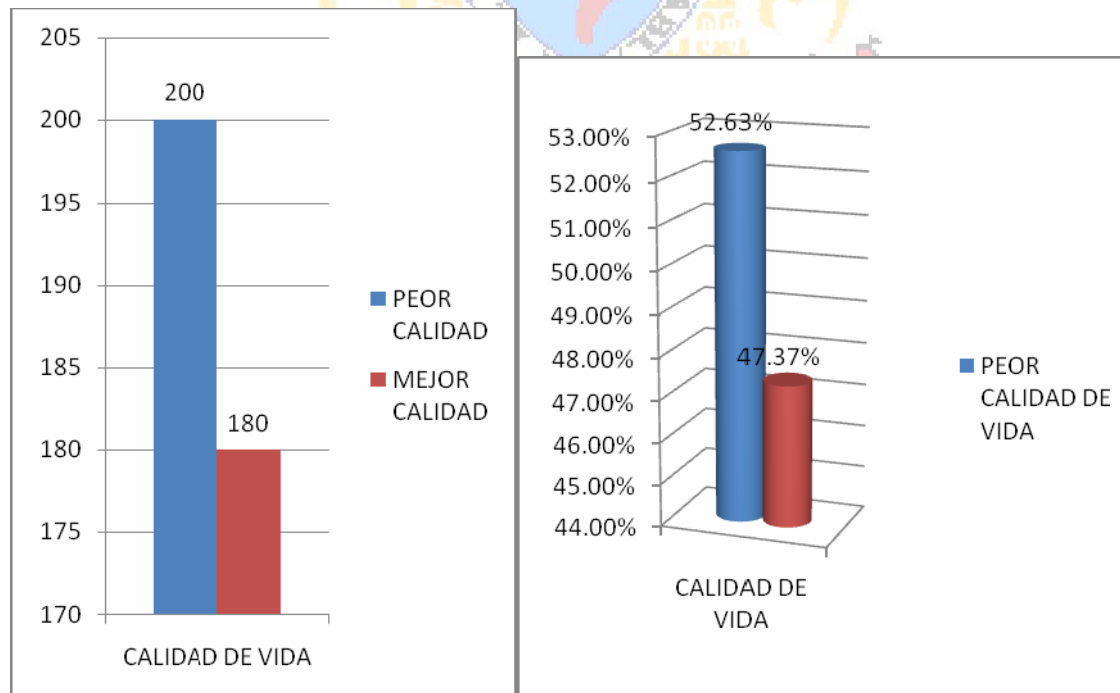


Ilustración 1calidad de vida de pacientes con DM 2

RESULTADOS GENERALES DE SENSACION DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

La sensación general de la gravedad de la enfermedad se detectó de los 380 pacientes estudiados la sensación de menor gravedad de la enfermedad a 230 pacientes (60.52%) y una mayor gravedad de la diabetes Mellitus tipo 2 , 150 pacientes (39.47%), notando una diferencia del 26.05% de los que presentaron mayor calificación de mayor gravedad en relación a los últimos.

(Ver ilustración 2 y cuadro 2).

Menor gravedad de la diabetes	Mayor gravedad de la diabetes
230	150
60.52%	39.47%

CUADRO 2 SENSACION DE GRAVEDAD DE LA DM. 2

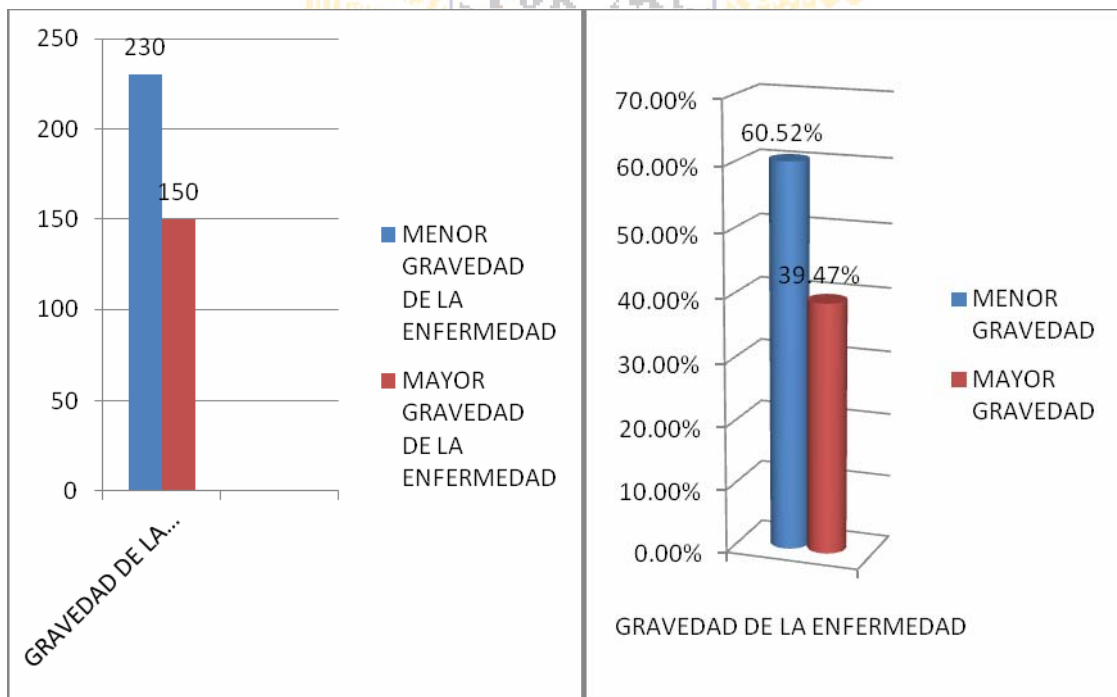


Ilustración 2 Sensación de gravedad de la diabetes.

CALIDAD DE VIDA POR SEXO.

Se reporto una calidad de vida por genero encontrando a 210 paciente masculinos y 170 pacientes del sexo femenino (cuadro 3) de los cuales representan el 52.26% y 44.73% respectivamente, presentando sensación de mejor calidad de vida 120 pacientes masculinos que representa el 57.14 % y una peor calidad de vida 90 hombres (42.85%), del sexo femenino sensación de mejor calidad de vida 80 paciente (47.05%), y una peor calidad de vida, 90 pacientes (52.94%). Destacando que el sexo femenino presentó la sensación de una peor calidad de vida, en relación a los hombres que presentaron una mejor calificación en relación a su calidad de vida.(ver ilustración y cuadro 3)

CALIDAD DE VIDA POR SEXO			
MASCULINO		FEMENINO	
210 (52.26%)		170 (44.73%)	
MEJOR CALIDAD	PEOR CALIDAD	MEJOR CALIDAD	PEOR CALIDAD
120	90	80	90
57.14%	42.85%	47.05%	52.94%

CUADRO 3 CALIDAD DE VIDA POR SEXO

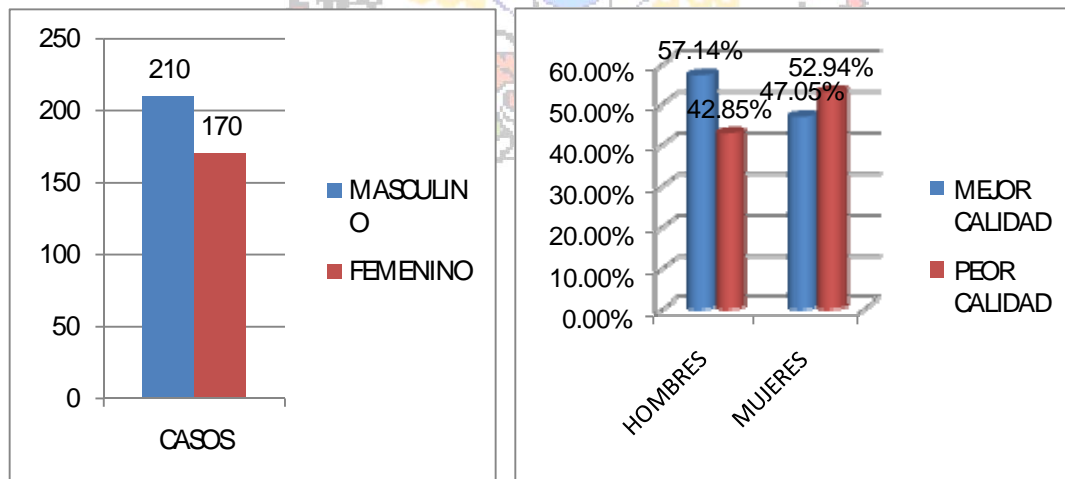


Ilustración 3 CASOS ENTREVISTADOS POR SEXO

SENSACIÓN DE GRAVEDAD POR SEXO.

Se reporto a 120 pacientes de sexo masculino con una sensación de menor gravedad de la diabetes Mellitus tipo 2 representado el 54.14% y a 90 pacientes 52.94% con una sensación de mayor gravedad de la enfermedad y como se puede mostrar es mayor la sensación de menor gravedad en el sexo masculino. (Ver cuadro 4 y figura 6)

De las 170 mujeres el 42.85% (90 pacientes) presentaron la sensación de menor gravedad de la diabetes Mellitus y sensación de mayor gravedad en 80 pacientes el 47.05% del total de mujeres, apreciamos que la sensación de mayor gravedad de la Diabetes Mellitus para el género femenino fue mayor. (Ver cuadro e ilustración 4)

SENSACION DE GRAVEDAD POR SEXO			
HOMBRES		MUJERES	
210		170	
120	90	90	80
54.14%	52.94%	42.85%	47.05%

Cuadro 4 sensación de gravedad de la diabetes mellitus tipo 2 por sexo.

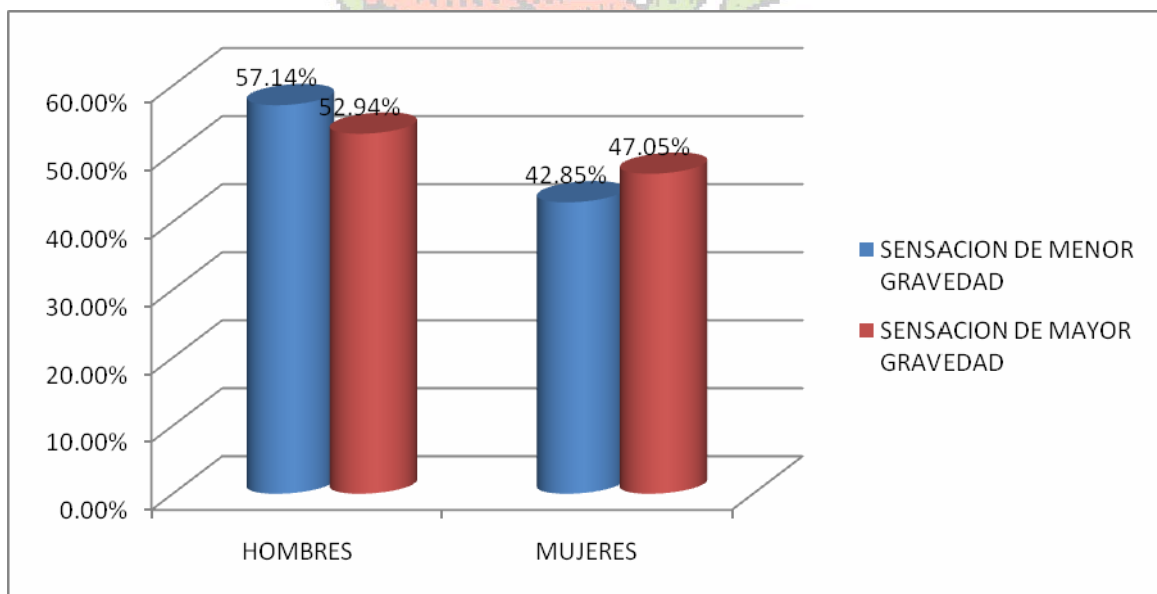


Ilustración 4 SENSACION DE GRAVEDAD POR SEXO

Años de padecer la diabetes:

En nuestro grupo de estudio se encontró una media de años de padecer la Diabetes Mellitus tipo 2 de manera general 11.5 años, por grupos etáneos, de los 30 a los 40 años de 4.4 años, de 41 a 50 años de 7.87 años, de 51 a 60 años 12.86 años y de 61 a 65 años de 18.75 años. Se aprecia de manera significativa el incremento del número de años de manera de aproximadamente 4 años por cada década estudiada en promedio de años de padecer diabetes Mellitus tipo 2. (Cuadro e ilustración 5)

Promedio de años de padecer la diabetes del grupo general.	11.5
Grupo etáneo 30 a 40 años	4.4
Grupo etáneo 41 a 50 años	7.87
Grupo etáneo 51 a 60 años	12.86
Grupo etáneo 61 a 65 años	18.75

Cuadro 5 promedio de años de padecer DM por grupos etáneos.

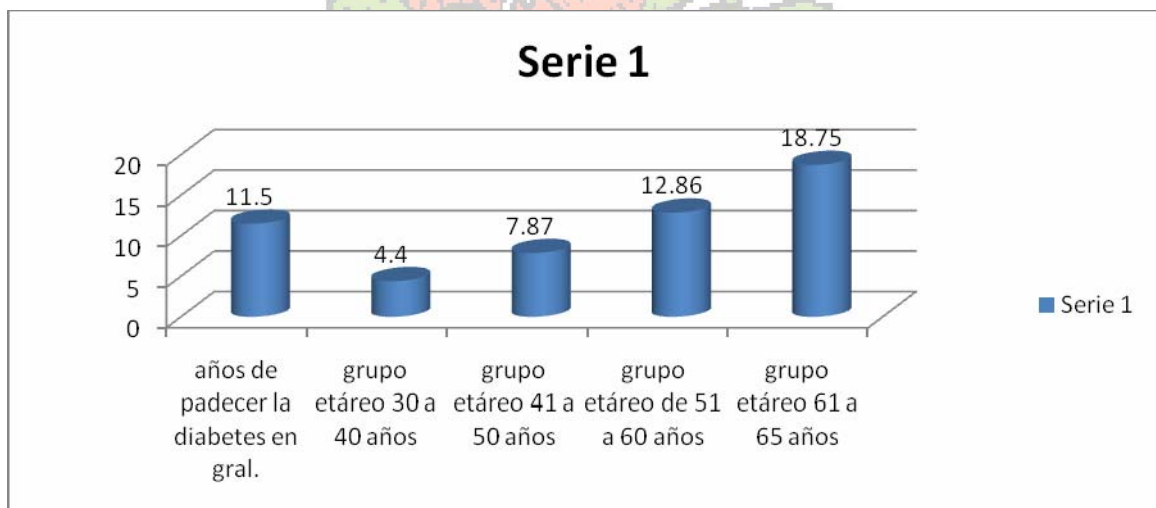


Ilustración 5, Años de padecer la diabetes

CALIDAD DE VIDA POR GRUPO ETAREO:

Los resultados obtenidos en cuanto a calidad de vida por grupo etáreo de los 30 a los 40 años mejor calidad de vida al 7.89% y peor calidad de vida el 10.52%, de los 41 a los 50 años mejor calidad de vida el 7.89%, y peor calidad de vida del 13.15%, de los 51 a 60 años mejor calidad de vida 21.05% y peor calidad de vida 18.42%, de los 60 a los 65 años mejor calidad de vida el 15.78% y peor calidad de vida el 5.26% del total de la población estudiada. (Cuadro 6 ilustraciones 6 y 7)

Grupo etario	Mejor calidad	%	Peor calidad	%
30 a 40 años	30	7.89%	40	10.52%
41 a 50 años	30	7.89%	50	13.15%
51 a 60 años	80	21.05%	70	18.42%
61 a 65 años	60	15.78%	20	5.26%

Cuadro 6 calidad de vida por grupos etáreos.

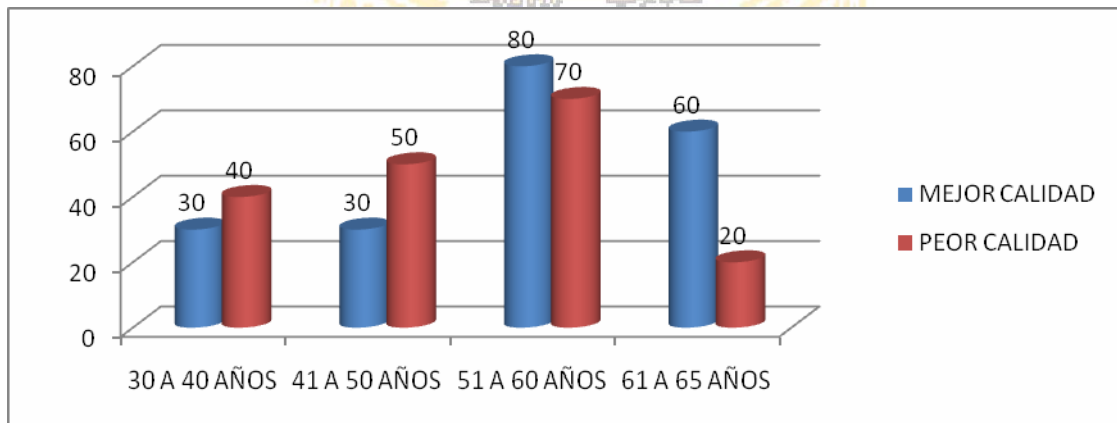


Ilustración 6, CALIDAD DE VIDA POR GRUPOS ETÁRIOS.

Grupo etario

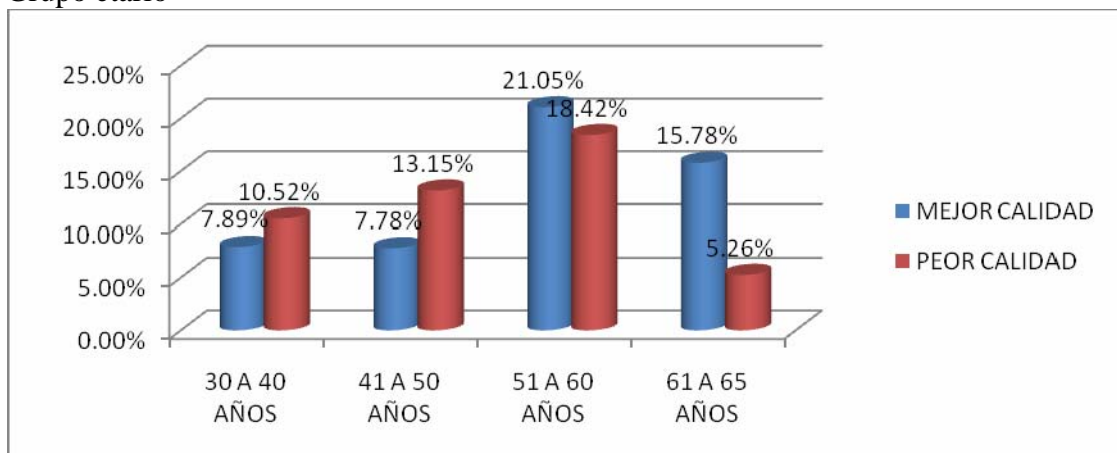


Ilustración 7, calidad de vida por grupos etarios

FACTORES RELACIONADOS A CALIDAD DE VIDA

Los factores relacionados estudiados en el presente estudio fueron energía movilidad, control de la diabetes, ansiedad preocupación, carga social y funcionamiento social los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Energía movilidad: Mejor calidad el 64.28% comparado con peor calidad del 35.71 %, en cuanto a factores relacionados con el control de la diabetes fue para mejor calidad y peor calidad del 50% para ambos, la ansiedad preocupación un 75% para mejor calidad y el 25% para peor calidad, la carga social reporto el 80% para mejor calidad y el 20% de los paciente con peor calidad, y por ultimo del funcionamiento sexual el 66.6 % para mejor calidad y el 33.33 % para peor calidad. (Cuadro 7 e ilustración 8)

Factores relacionados	Mejor calidad	Peor calidad
Energía movilidad	64.28%	35.71%
Control de la Diabetes	50%	50%
Ansiedad- preocupación	75%	25%
Carga social	80%	20%
Funcionamiento sexual	66.66%	33.33%

Cuadro 7 factores relacionados.

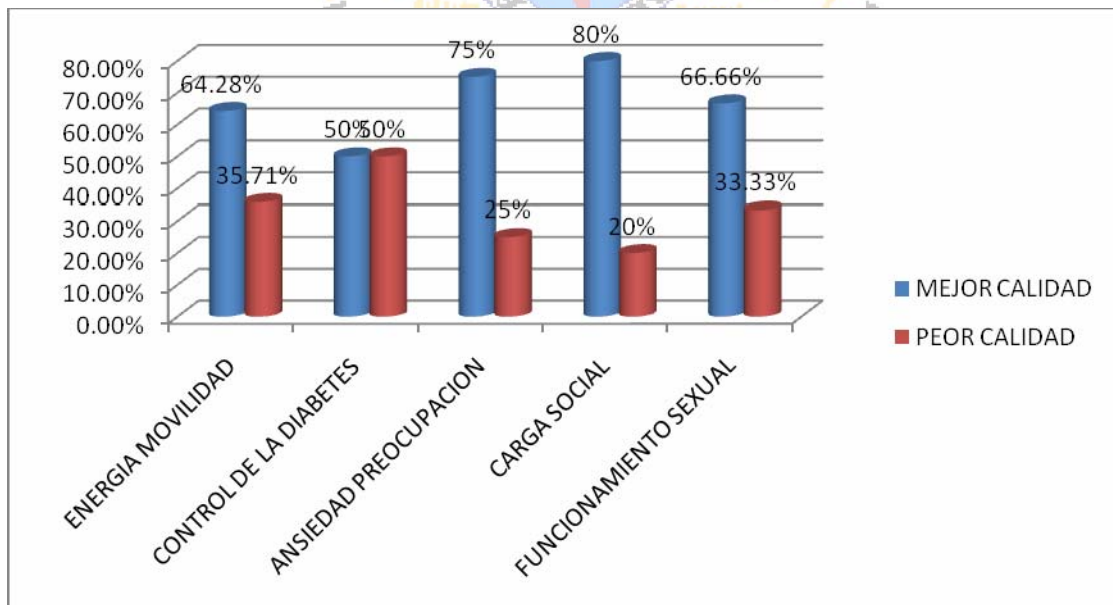


Ilustración 8, AFECTACION DE LA CALIDAD A FACTORES RELACIONADOS

SENSACIÓN DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD

Asociado a calidad de vida y edad.

resultados relacionados a calidad de vida y sensación de menor gravedad de la enfermedad encontramos a 230 pacientes con la sensación de menor gravedad de la enfermedad de los cuales el 21.73% con sensación de buena calidad de vida que fueron el 13.04% de los 30 a 40 años y el 8.69% de los 51 a 60 años de edad .

Reportaron mala calidad de vida el 78.26% de este grupo de estudio y que variaron en porcentaje de acuerdo a la tabla inferior por grupos etários 8.69% de 30 a 40 años, 39.13% de 41 a 50 años, 30.43% de 51 a 60 años y 8.69% de 61 a 65 años.(ilustración 9 cuadro 8)

SENSACIÓN DE MENOR GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD											
230 pacientes (60.52%)											
BUENA CALIDAD DE VIDA						MALA CALIDAD DE VIDA					
50 Pacientes (21.73%)						180 pacientes (78.26%)					
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
30	13.04%	20	8.69%	20	8.69%	90	39.13%	70	30.43%	20	8.69%
30 a 40 años		51 a 60 años		30 a 40 años		41 a 50 años		51 a 60 años		61 a 65 años	

Cuadro 8

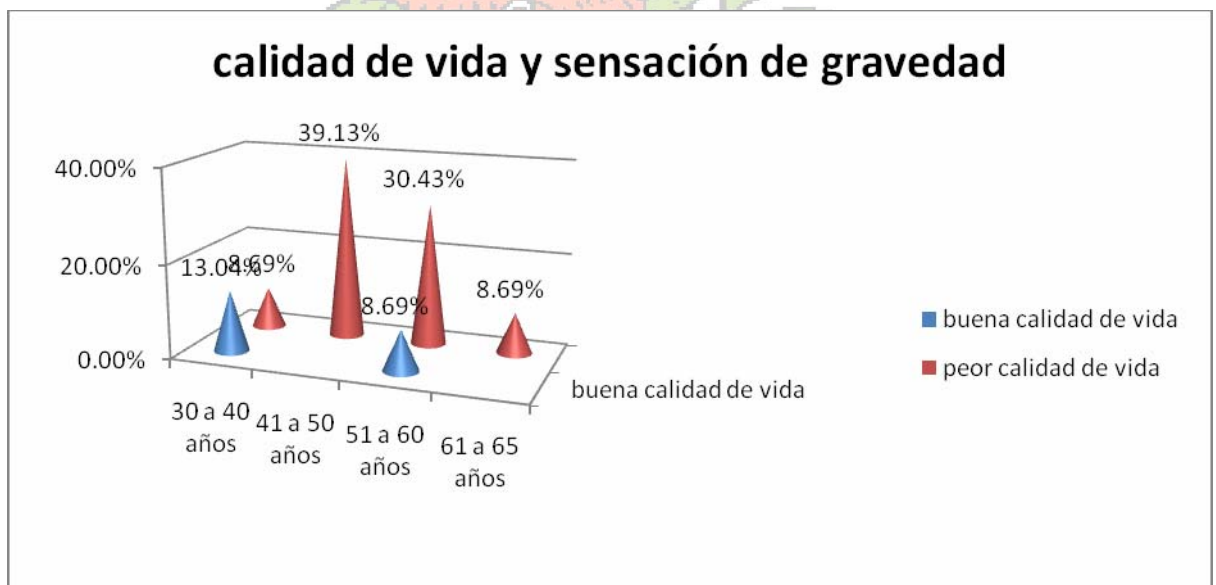


Ilustración 9 calidad de vida y sensación de menor gravedad

Relación de sensación de mayor gravedad y calidad de vida por grupos etáreos.

En cuanto a la sensación de mayor gravedad de la enfermedad encontramos a 150 pacientes (39.47%) la calificaron como tal, de los cuales el 20% con una mejor calidad de vida y el 80% con una peor calidad de vida, llama la atención que de este grupo el 40% se asocio al grupo etario con peor calidad de vida y mayor sensación de gravedad de la enfermedad en el grupo etario, de 61 a 65 años. (cuadro 9 e Ilustración 10)

SENSACIÓN DE MAYOR GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD							
150 pacientes (39.47%)							
BUENA CALIDAD DE VIDA				MALA CALIDAD DE VIDA			
30 Pacientes (20%)				120 Pacientes (80%)			
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
30	20%	30	20%	30	20%	60	40
51 A 60 Años		41 a 50 años		51 a 60 años		61 a 65 años	

Cuadro 9

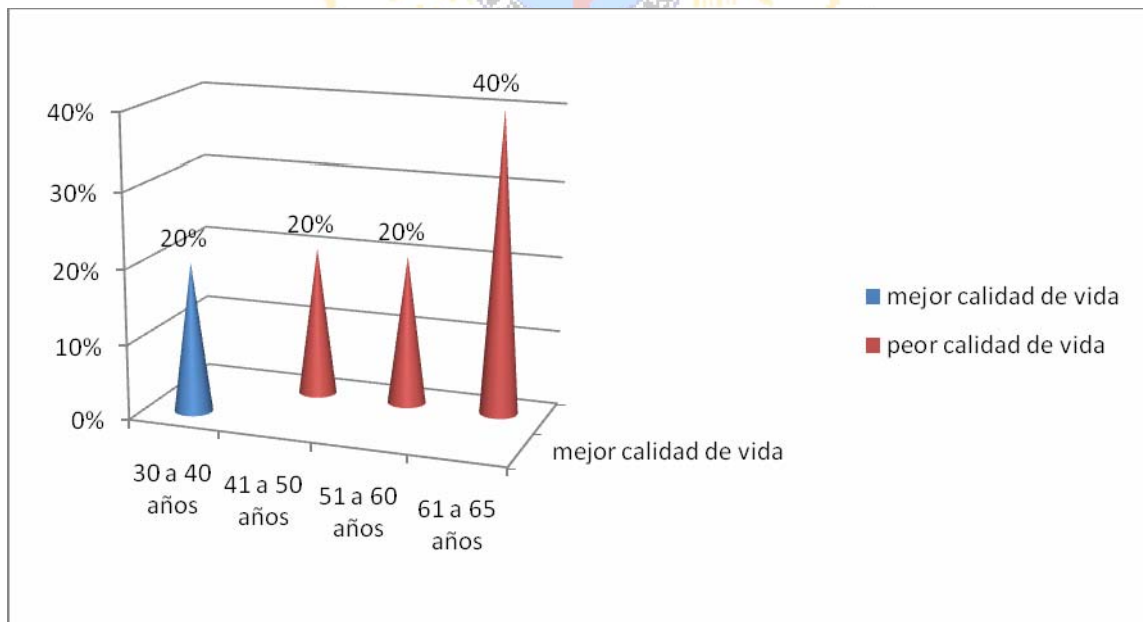


Ilustración 10 calidad de vida y sensación de mayor gravedad

ESCOLARIDAD

La escolaridad de los pacientes fue el 170 primaria terminada, 40 pacientes secundaria, 80 pacientes con preparatoria, 30 pacientes con licenciatura 60 pacientes saben leer y escribir y por último 4 pacientes analfabetos que fueron eliminados del estudio.(cuadro 10 e ilustración 11)

ESCOLARIDAD		
GRADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	170	45.73%
SECUNDARIA	40	10.52%
PREPARATORIA	80	21.05%
LICENCIATURA	30	7.89%
SABEN LEER Y ESCRIBIR	60	15.78%

Cuadro 10, escolaridad.

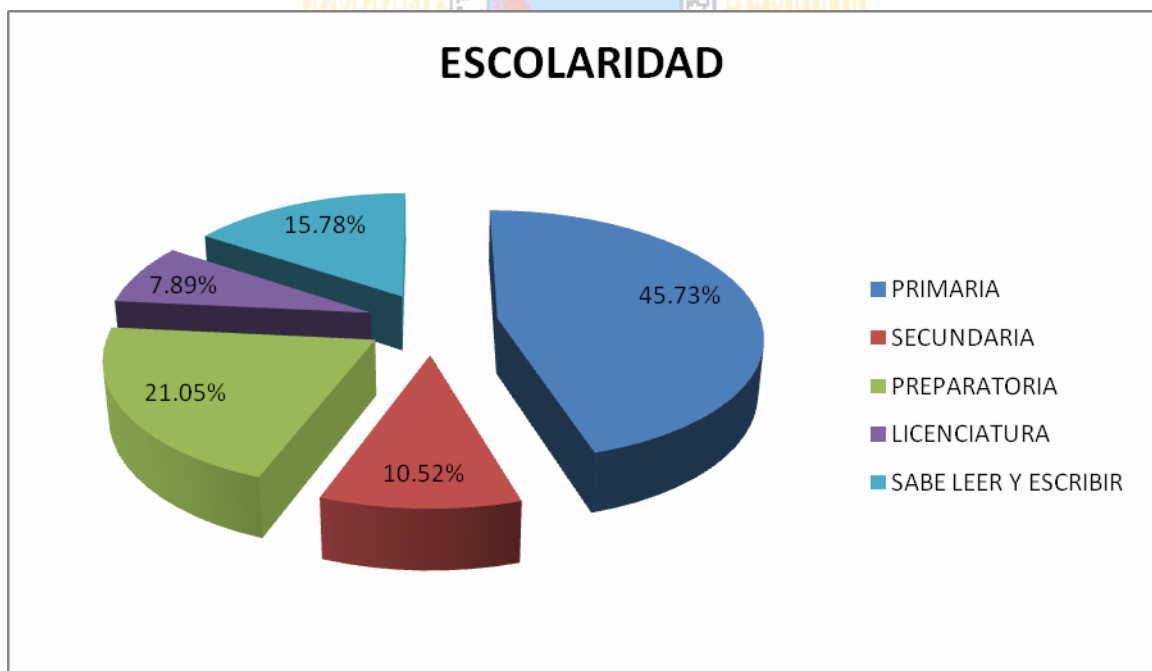


Ilustración 11, Escolaridad

Control glucémico

En relación al control glucémico valorado por el promedio de las 3 últimas glucemias centrales se corroboró que 210 pacientes se encontraban en control glucémico y 170 descontroladas. El promedio de las 3 últimas glucemias centrales se corroboró que el 55.26% pacientes se encontraban en control glucémico y 44.73% en descontrol metabólico con una media de 122mg/dl para los pacientes controlados y 179mg/dl de glucemia para los pacientes descontrolados. (Cuadro, 11 e ilustración 12)

CONTROL GLUCEMICO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROLADOS	210	55.26%
DESCONTROLADOS	170	44.73%

Cuadro 11 control glucémico

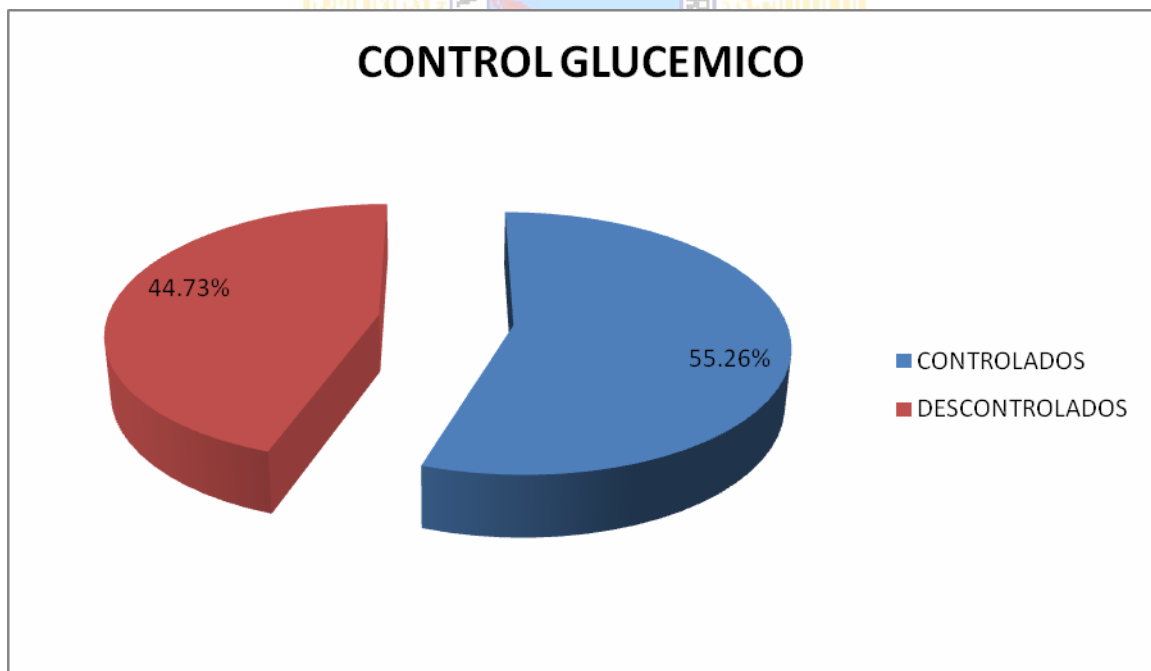


Ilustración12, CONTROL GLUCEMICO.

CONTROL LIPIDICO

La cantidad de paciente con niveles de colesterol dentro de rango fue de 240 con niveles inferiores a los 200mg/dl y en descontrol 140 pacientes La cantidad de paciente con niveles de colesterol dentro de rango fue de 63.15% con niveles inferiores a los 200mg/dl y en descontrol 36.84% pacientes niveles superiores a 201mg/dl. (Cuadro 12 e ilustración 13)

Control lipídico	No. Pacientes	Porcentaje
Controlados	240	63.15%
Descontrolados	140	36.84%

CUADRO 12, Control de lípidos.

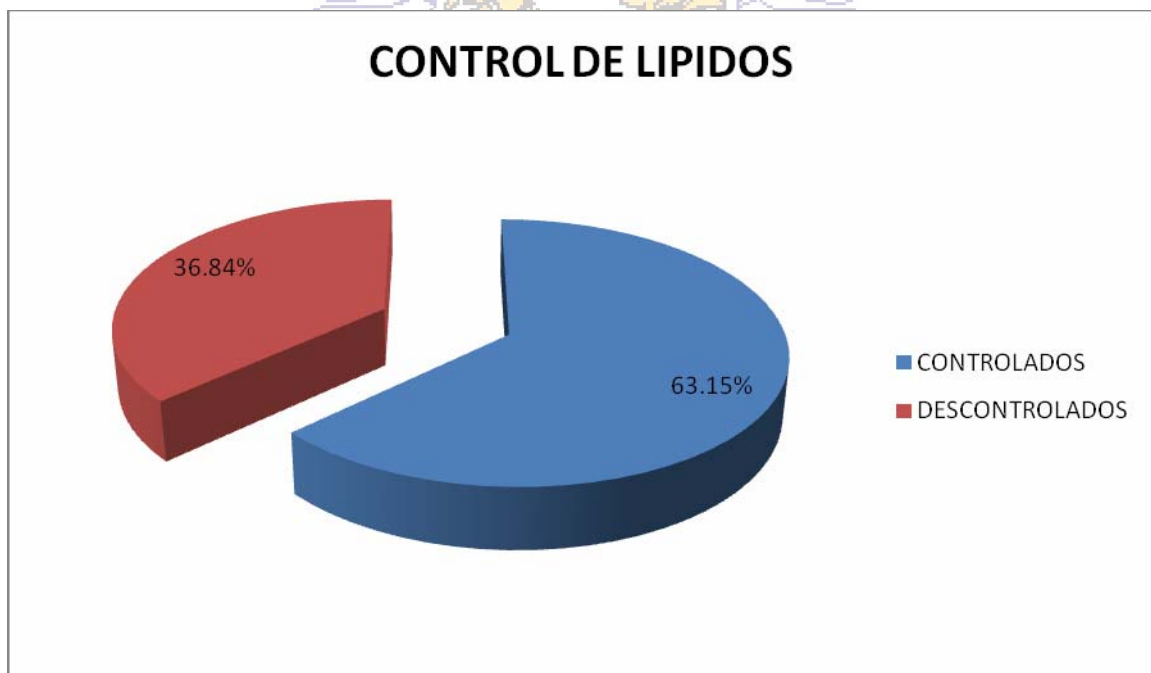


Ilustración 13, CONTROL DE LIPIDOS

DISCUSION

El perfil de los Diabéticos estudiados, predominó el sexo masculino no habiendo una significación importante, ya que la población estudiada está acorde con la población adscrita a la unidad de medicina familiar y la situación epidemiológica de la diabetes mellitus tipo 2 son mujeres con un 52% a nivel nacional.⁽²³⁾

La calidad de vida en general de la población fue de peor calidad de vida con el 52.63% en relación a el 42.37% de los que se calificaron con una mejor calidad de vida, en comparación a el sexo se reportó mejor calidad de vida en el sexo masculino con un 57.14% que en el sexo femenino con el 47.05% y una peor calidad de vida del sexo masculino de 42.85% contra el 52.94% de las mujeres, Domínguez E y col. Encontraron La afectación de la duración y la calidad de vida por diabetes mellitus fue mayor para el sexo femenino durante todo el periodo de su estudio de pacientes cubanos.⁽²⁴⁾

La sensación de gravedad de la enfermedad en general no correspondió a la sensación de calidad de vida encontrado ya que el 60.52% tuvo una perspectiva de menor gravedad de la enfermedad y el 34.47% de mayor gravedad de la enfermedad a pesar que el porcentaje mayor la obtuvo como una mala calidad de vida.

La mala calidad de vida por sexo predominó en el sexo femenino por arriba del 52% del total, y de la misma manera la sensación de mayor gravedad de la enfermedad fue para el sexo femenino con el 57.05%.

En nuestro estudio la edad promedio de padecer la diabetes tipo 2 fue de 11.5 años, y que corresponde de manera proporcional de acuerdo a los grupos etáreos correspondientes a 4 años por cada década estudiada. Además se observó que la sensación de peor calidad de vida fue para el grupo de 51 a 60 años los cuales dentro de la pirámide poblacional de diabéticos se encuentra la mayoría de los diabéticos de nuestra Unidad de Medicina Familiar.^(censo)

Los factores relacionados a calidad de vida como son la energía-movilidad, control de la diabetes y carga social no se reportaron acorde con la peor calidad de vida ya que desde el punto de vista de los pacientes estudiados estas variables en general se reportaron como mejor calidad, cabe mencionar

que en respecto a el funcionamiento sexual se elevó al 66% con algún tipo de disfunción lo cual puede representar alteraciones en el funcionamiento o la homeostasis del subsistema conyugal.

Se asoció la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida encontrando que los pacientes con una sensación de menor gravedad de la enfermedad el 78.26% refiere una mala calidad de vida. Por otro lado los pacientes con una sensación de mayor gravedad de la enfermedad se asociaron a una peor calidad de vida en el 80% de los pacientes estudiados, por lo que podemos pensar que los pacientes por el simple hecho de saberse con diabetes califican como una mala o peor calidad de vida.

En cuanto al estado civil predominan las parejas casadas con 52.63% hombres, 31.57% mujeres, 2.63 % hombre en unión libre y 5.26 % mujeres en unión libre también, 0% hombres viudos y el 7.89 % de mujeres viudas lo que podría corresponder a la mayor esperanza de vida que tienen estas últimas, en relación a los hombres.

La escolaridad de los pacientes fue el 45.73% primaria terminada, 10.52% pacientes secundaria, 21.05% pacientes con preparatoria, 7.89% pacientes con licenciatura, 15.78% pacientes saben leer y escribir y por ultimo 4 pacientes analfabetos que fueron excluidos del estudio no se pudo hacer una relación en cuanto a calidad de vida y escolaridad en el presente estudio reporta similares resultados.

En relación a el control glucémico valorado por el promedio de las 3 últimas glucemias centrales se corroboró que el 55.26% de pacientes se encontraban en control glucémico y 44.73% en descontrol metabólico con una media de 122mg/dl para los pacientes controlados y 179mg/dl de glucemia para los pacientes descontrolados en relación a la calidad de vida y control glucémico no se encontró una diferencia significativa lo cual se puede explicar a que la percepción de la calidad de vida es mas cualitativa que cuantitativa

Control de lípidos La cantidad de paciente con niveles de colesterol dentro de rango fue de 63.15% con niveles inferiores a los 200mg/dl y en descontrol 36.84% pacientes niveles superiores a 201mg/dl.

Por lo tanto concluimos que la valoración de la calidad de vida debe de formar parte del protocolo de estudio del paciente con diabetes mellitus tipo 2 que

incluya estudio demográfico, cognitivo, funcional y clínico por el Médico Familiar.

El propósito del presente estudio fue medir la calidad de vida de los pacientes de la UMF 91 Coacalco, los datos muestran un porcentaje importante de mala calidad de vida en las diferentes áreas, mayor del 47% de manera general, asociado a una sensación de mayor gravedad de la enfermedad de más del 39% de los pacientes estudiados. De manera similar se aprecia por sexos una mala calidad de vida siendo mayor en las mujeres con respecto a los hombres.

El avance gradual y paulatino de la cronicidad de la enfermedad, sobresalen los factores relacionados a la disfunción sexual en primer lugar, en segundo lugar a la energía y movilidad, en tercer lugar a el control de la diabetes, que pueden repercutir de manera directa en el funcionamiento normal de los pacientes, posiblemente disminuyendo la autoestima aumentando el riesgo de depresión. Estos hallazgos concuerdan con los de Gerror y de los Ríos ⁽²⁵⁾

Por otro lado, en el área de la interacción médica el deterioro de la relación médico-paciente sigue siendo un obstáculo para la efectividad del tratamiento, aunado a la deficiente atención y trato que se les brinda a los pacientes por parte del equipo de salud, con repercusiones en el fracaso en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción de los pacientes.

En el área de relaciones significativas, el deterioro de la calidad de vida de los pacientes se ve traducido en la falta de comunicación con la pareja y la familia. Saberse diabético sin duda conlleva a un impacto emocional en su relación aunque en nuestro estudio no pudo ser corroborada. Los cambios físicos, emocionales y sexuales debidos a la disfunción y pérdida del interés sexual se convierten en factores de riesgo que influyen en el estado de la calidad de vida. Por todas estas situaciones, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentan signos leves o agudos en el deterioro de su calidad de vida.

Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 50 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años, son factores de riesgo asociados.

Los datos demuestran sistemáticamente en las diversas áreas evaluadas, que el grado de deterioro de la calidad de vida está relacionado con la evolución de la cronicidad de la diabetes, producto del descontrol metabólico y la falta de apego terapéutico.

Los resultados de este tipo de estudios nos permiten valorar la importancia de que el estudio de los factores psicosociales puede influir en el mayor conocimiento, manejo y control de la enfermedad.

El estudio de la calidad de vida puede ayudar al personal que labora con la salud a tomar decisiones sobre posibles cambios en la terapéutica, priorizando situaciones que puedan disminuir el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 así como a otros que presentan enfermedades crónicas degenerativas.



CONCLUSIONES

1. los objetivos del presente estudio fueron cumplidos ya que logramos identificar el objetivo general que fue determinar cual es la calidad de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 91 del IMSS.
2. Se determinó cual es la sensación de gravedad de la enfermedad en este tipo de diabéticos y la relación que existe entre esta y la calidad de vida de los pacientes diabéticos.
3. En el orden de Género establecimos que el sexo femenino fue el que tiene peor calidad de vida y sensación de mayor gravedad de la enfermedad que el sexo masculino.
4. Se determinó que grupo etéreo presenta la mejor y peor calidad de vida.
5. Se estableció que los factores relacionados mencionados en los objetivos específicos juegan un rol importante principalmente la relacionada a la función sexual, la cual puede traer consigo disfunción familiar y perdida de la homeostasis familiar.
6. De manera general los objetivos y propósitos del presente estudio fueron cumplidos.

Por lo anterior se propone:

- I. Que los pacientes diabéticos tipo 2 deben ser estudiados de manera integral como entidades bio-psico-sociales y no como entidades individuales.
- II. El estudio de la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 debe formar parte de la atención integral del Médico Familiar.
- III. Se debe aumentar y crear nuevos grupos de auto ayuda (Grupos SODI) en el IMSS para orientar y crear programas educativos encaminados a los conocimientos propios de la enfermedad, así como a la importancia que tiene la buena calidad de vida en estos grupos.
- IV. Implementar medidas como son programas de rehabilitación física, actividades deportivas propias a las condiciones y por grupos etéreos

para mejorar el funcionamiento cardiovascular y musculo-esquelético de los pacientes diabéticos tipo 2.

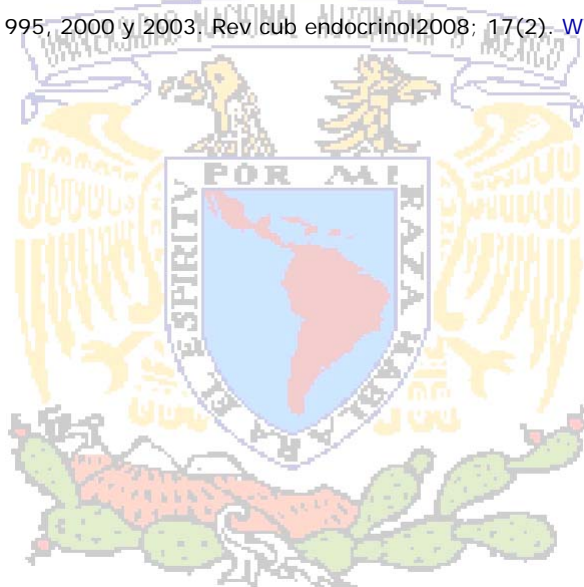
- V. Debido a que la función sexual se encuentra en el primer lugar de disfunción en el grupo de diabéticos tipo 2 se deben implementar programas de sexualidad así como la capacitación del personal que los atiende.
- VI. La instrumentación de programas preventivos que incidan en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con diabetes.
- VII. Por el desconocimiento que tienen los Médicos Familiares en relación a la importancia de la calidad de vida en relación a un adecuado control de la diabetes y un adecuado funcionamiento de la homeóstasis familiar y que debe de ser parte de la atención integral, se debe brindar capacitación continua a este grupo de servidores.
- VIII. Se considera conveniente lograr conformar a los equipos multidisciplinarios enfermería, psicólogos, psiquiatras, Médicos Internistas, Nefrólogos, comandados por el Médico Familiar que es el especialista que conoce a fondo la patología, propiamente de la familia e interviene directamente en la integración del medio familiar y social así como se desarrollan en estos medios nuestros pacientes diabéticos tipo 2.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torres L, Castañeda T, Chong V. Tener una enfermedad crónica o ser un enfermo crónico: el caso de la diabetes mellitus. *Invest en Sal* 2005;01: 42-49.
2. Viniegra VL, Las enfermedades crónicas y la educación. *Rev Med IMSS* 2006;44(1):47-59.
3. Vázquez MJ. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. *Rev Med IMSS* 2006; 44(1):13-26.
4. Resultados de la encuesta nacional de salud 2000. *Rev. Med. IMSS*.2006; 44(1):13-26.
5. Pérez MM, Pérez P. Diagnostico de diabetes mellitus tipo II. A propósito experiencia de un adolescente. *Rev Mex de Ped.* 2005; 72(5):243-246.
6. Castro SC, et al. Características clínico-epidemiológicas de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus. *Med Int de México.* 2005; 21(6):259-65.
7. Lima GV, Rebollar GM. comparación de la duración de la diabetes en pacientes con diferentes grados de retinopatía. *Med. Int. Méx.* 2005;21(6):403-8.
8. González G. Diabetes mellitus. *Rev Cub de med.* 2005;1(44):1-9.
9. Lara A, et al. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. *Arch de cardiol De Méx.* 2004; 74 (3):231-45.
10. Calzada L, Ruiz R, Altamirano B. Identificación de niños de alto riesgo para presentar diabetes mellitus tipo 2. *Acta pediátr Méx.* 2004 ;23(5):292-97.
11. Leza T. Briones L. et al. Microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med IMSS.* 2005; 43(6): 487-493.
12. García de Alba G, Salcedo R. Diabetes Mellitus tipo 2 y ejercicio físico. *Rev Med. IMSS.* 2004;42(5): 395-404.
13. Gaytan H, García de Alba G. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Rev. Med. IMSS.* 2005;44(2): 113-120.
14. Bustos S. et al. Control de la glucemia en diabeticos tipo 2. utilidad de mediciones en ayuno y posprandiales. *Rev. Med. IMSS.* 2005;43(5):393-399.
15. Moreno M, Zonana N. Hospitalización de pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Med. IMSS.* 2005;43(2):97-101.
16. Libro de adhesión a las terapias a largo plazo, evidencia para la acción. OMS (World Health Organization). 2003; 27-38.
17. González E, Sales J. "Educación del diabético". *Medicine* 1994;4:1127-1133.
18. López Carmona J M, ET alt. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes Mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Sal Publ de Méx* 2006;48:200-211.
19. García Peña M C. Calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados *Rev Med del IMSS: Vol 33 num 3 .1995.*

20. Consiglio E, Beloso W H. Nuevos indicadores clínicos, la calidad de vida relacionada con la salud, Medicina Buenos aires, vol 63 no 2 buenos aires mar/abr2003.http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802003000200014&script=sci_arttext&tlng=es
21. Rubio-Llorente R, López Vergara . Papel de los familiares y de los profesionales de salud en la diabetes. <http://www.diabetes.bayer.es/user/ediarticulos.htm>
22. De los Rios Castillo J L, Sánchez Sosa J J, Barrios Santiago P, Guerrero Sustaita V, Calidad de vida en pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (2):109-116
23. Alfaro A Carothers M Gonzalez T. autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Inves en sal 2006;3(7):152-157
24. Domínguez E. et al. Impacto de la diabetes sobre la duración y calidad de vida de la población cubana: años 1990, 1995, 2000 y 2003. Rev cub endocrinol2008; 17(2). WWW.IMBIOMED.COM.MX



ANEXOS:

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

PERSPECTIVA DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2 SOBRE SU CALIDAD DE VIDA EN UNA UNIDAD DEL IMSS.

En una unidad de primer nivel del IMSS.”. Registrado ante el Comité Local de Investigación 1401 del Hospital General Regional 196 del IMSS en Ecatepec, Estado de México.

El objetivo de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar sobre LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2

En la consulta externa de la unidad de medicina familiar No 91 del IMSS

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono 58 82 61 18 al Teléfono cel. 04455 35599098 con el Dr. Alejandro Sánchez Nuñez.

Coacalco de Berriozabal, Edo. De México, a _____ de _____ del 2007.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Nombre firma de un testigo

Dr. Alejandro Sánchez Nuñez
Investigador principal.

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

Nombre del paciente: _____

fecha _____ **NSS.** _____

Estimado derechohabiente el presente cuestionario forma parte de la investigación de la cual usted aceptó participar, las preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*.

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

Se le suplica *responder todas las preguntas*.

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

1. El horario de los medicamentos para su diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 Sumamente afectada

2. Preocupaciones por problemas económicos

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

3. Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en absoluto

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

 sumamente afectada

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

Nada afectada en absoluto

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

 sumamente afectada

5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes.

Nada afectada en absoluto

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

 sumamente afectada.

6. Estar preocupado(a) por su futuro

Nada afectada en absoluto

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

 sumamente afectada

7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes

Nada afectada en absoluto

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

 sumamente afectada

8. Tensiones o presiones en su vida

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

9. Sensación de debilidad

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

12. Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

13. No poder hacer lo que quisiera

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

14. Tener diabetes

Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

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

15. El descontrol de su azúcar en sangre *causas?*
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

16. Otras enfermedades aparte de la diabetes
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

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

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

 sumamente afectada

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

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

 sumamente afectada

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

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

 sumamente afectada

20. La vergüenza producida por tener diabetes
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

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

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

 sumamente afectada

22. Sentirse triste o deprimido
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

23. Problemas con respecto a su capacidad sexual
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

24. Tener bien controlada su diabetes
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

25. Complicaciones debidas a su diabetes
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

30. Menor interés en su vida sexual
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

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

31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

32. Tener que descansar a menudo
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

33. Problemas al subir escaleras
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

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

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

 sumamente afectada

35. Tener el sueño intranquilo
 Nada afecta en absoluto

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

 sumamente afectada

36. Andar más despacio que otras personas

Nada afecta en absoluto

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

sumamente afectada

37. Ser identificado como diabético

Nada afecta en absoluto

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

sumamente afectada

38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afecta en absoluto

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

sumamente afectada

39. La diabetes en general

Nada afecta en absoluto

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

sumamente afectada

Calificación global

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

Mínima calidad Máxima calidad

Minina calidad

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

Máxima calidad

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

Ninguna gravedad

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

extremamente grave

Gracias por sus respuestas

Valoración del Instrumento calidad de vida 39:

La variable dependiente fue la calidad de vida evaluada con el instrumento Diabetes 39. Se consideró mejor calidad de vida si la puntuación total individual era menor que la mediana grupal, y peor calidad de vida si era igual o mayor.

