



**INSTITUTO MARILLAC, A.C.**

INCORPORADO A LA U.N.A.M

*“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2  
ATENDIDOS EN LA UNIDAD HOSPITAL GENERAL XOCO”*

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

CORONA GÓMEZ KARINA LIZBETH.

CRUZ ABAD LIZBETH.

ASESOR:

DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO

FECHA:

MAYO 2014



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 CON  
DABETES MELLITUS  
TIPO 2 ATENDIDOS  
EN LA UNIDAD  
HOSPITAL GENERAL  
XOCO”

---

LIC. MARÍA LUISA ZÁRATE MENDOZA  
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO MARILLAC, A.C.

---

M.C. FERNANDO CRUZ CASTILLO  
ASESOR DE TESIS

---

LIC. MARIA CRUZ SOTELO BADILLO  
DIRECTORA TECNICA DE LA LICENCIATURA  
EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DEL INSTITUTO MARILLAC, A.C.

---

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA  
PROFESORA DEL INSTITUTO MARILLAC, A.C.

## AGRADECIMIENTO.

Hoy culmina una etapa de nuestra vida estudiantil y se nos abren las puertas a tantas oportunidades de ser lo que nos proponíamos en la vida. Llega a su fin una etapa de esfuerzo, trabajo y anhelos. Emprender nuevos caminos siempre implica una despedida. Nos esperan nuevos desafíos, nuevas pruebas que pasar. El deber está cumplido, hay tanto que decir, tanto que agradecer.

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para nosotras un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles nuestros agradecimientos. Agradeciendo de manera especial y sincera al Profesor Dr. Cruz por encaminarnos a realizar esta tesis de enfermería bajo su dirección, su apoyo, confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en la formación como investigadoras. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación. Agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Destacando, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia que hizo que nuestras siempre acaloradas discusiones redundaran benéficamente tanto a nivel científico como personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido nuestro trabajo realizado y, además, ha significado el surgimiento de una sólida amistad. Muchas gracias Doctor y esperamos seguir en contacto con usted.

Al colegio gracias, por abrirnos sus puertas, por acogernos y ser un segundo hogar para nosotros, un lugar donde compartimos nuestras penas y alegrías, donde hemos pasado un valioso tiempo de nuestras vidas.

A los profesores, por educarnos para la vida, por guiarnos en la senda del saber. Por ayudarnos, por la paciencia y por aconsejarnos cuando más lo necesitábamos. Gratitud por siempre.

A nuestros abnegados padres por sacrificar sus descansos, por apoyarnos en nuestros logros y dificultades por ser un ejemplo vivo, especialmente por su apoyo incondicional. El Padre eterno les colme de bendiciones.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí con nosotras y otras en nuestros recuerdos y corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

## INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	3
MARCO TEÓRICO.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
HIPÓTESIS.....	15
OBJETIVOS.....	16
JUSTIFICACIÓN.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO	
TIPO DE ESTUDIO	
POBLACIÓN Y UNIVERSO DE TRABAJO	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	19
VARIABLES.....	20
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	
DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	23
MÉTODO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS.....	23
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	24
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	35
SUGERENCIAS.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	40

## **RESUMEN.**

### **“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA UNIDAD HOSPITAL GENERAL XOCO”**

#### **AUTORES:**

Corona Gómez Karina Lizbeth, Cruz Abad Lizbeth.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar la calidad de vida que poseen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Unidad Hospital General Xoco entre Enero-Abril 2013 de 8:00 a 14:00.

**MATERIAL Y MÉTODO:** se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El presente estudio se realizó mediante la técnica de muestreo en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que se encuentran hospitalizados en la unidad Hospital General Xoco en los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Neurocirugía, durante el periodo de Enero a Abril 2013 con la finalidad de evaluar su calidad de vida de acuerdo a que se cumpla con los criterios de inclusión establecidos: diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, ambos sexos, mayores de 30 años y menores de 80 años y que puedan contestar una encuesta respondiendo a diversas variables para conocer su calidad de vida. Se excluirán a pacientes con diabetes tipo 1, gestacional u otro tipo, a pacientes psiquiátricos, pacientes con algún déficit de atención y a pacientes que se nieguen a participar en dicho estudio.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario que consta de 46 ítems elaborado por DQOL (Quality of life in persons with diabetes Mellitus II), así como también de un apartado con 11 variables tanto sociodemográficas como en lo que respecta a Diabetes.

**PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Las respuestas de la encuesta, además de las diferentes variables, serán evaluadas, se creará una base de datos por medio del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences, y a través del mismo se obtendrán: medidas de dispersión estándar y medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentaran en tablas y gráficos. Se analizan de forma individual y descriptiva.

**PALABRAS CLAVE:** Diabetes mellitus, tratamiento, calidad de vida, salud.

**RESULTADOS:** La edad más predominante fue de 61-70años (43.5%) de los pacientes más estudiados. El sexo más afectado fue el masculino 100(51.8%), dentro del estado civil se encontró más vulnerable con 124 (64.2%) los casados, los que tienen un empleo con (56.5%) 109, 81(42%) a nivel secundaria, 168(87%) católicos, respecto al tiempo de evolución fue 96(49.7%) de 4-6 años con diagnóstico, 118(61.1%) con tratamiento de hipoglucemiantes orales, 160 (82.9%) que no realizan una dieta en colaboración con su tratamiento farmacológico, y 187(96.9%) que no reciben apoyo psicológico independientemente de los medicamentos, en conclusión 83(43%) poseen una calidad de vida buena y 110(56.9%) poseen una calidad de vida regular.

**CONCLUSIONES:** Se identificó que la mayoría de las personas de 61 a 70 años de edad, de sexo masculino, casados(as), con empleo, cuya escolaridad es secundaria, católicos, con diagnóstico de 4 a 6 años de evolución, bajo tratamiento de hipoglucemiantes orales que no llevan dieta ni reciben apoyo psicológico, poseen una calidad de vida regular.

## **SUMMARY.**

### **“QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 TREATED IN THE UNIT HOSPITAL GENERAL XOCO”**

#### **AUTHORS:**

Corona Gomez Karina Lizbeth, Cruz Abad Lizbeth.

#### **OBJECTIVE:**

To evaluate the quality of life that the patients possess with Diabetes Mellitus type 2 attended ones in the Unit Hospital General Xoco between January - April, 2013 of 8:00 to 14:00.

**MATERIAL AND METHODS:** a study of type was realized observacional, descriptively, transversely and prospective. The present study realized by means of the technology of sampling in patients with diagnosis of Diabetes Mellitus type 2 that are hospitalized in the unit General Xoco Hospital in the services of Urgencias, Medicine He hospitalizes, Neurosurgery, during the period from January to April, 2013 with the purpose of evaluating his quality of life of agreement to which it is fulfilled by the criteria of incorporation established: diagnosis of Diabetes Mellitus type 2, both sexes, major of 30 years and 80-year-old minors and that could answer a survey answering to diverse variables to know his quality of life.

Type will be excluded to patients by diabetes 1, gestacional or another type, to psychiatric, patient patients by some deficit of attention and to patients who refuse to take part in the above mentioned study. The compilation of information realized by means of the application of a questionnaire that it consists of 46 articles elaborated by DQOL (Quality of life in persons with diabetes Mellitus II), as well as also of a paragraph with 11 variables so many sociodemográficas as regarding Diabetes.

**PLAN OF STATISTICAL ANALYSIS:** The answers of the survey, besides the different variables, will be evaluated, Stadistical Package will create a database by means of the statistical program for Social Sciences, and across the same one they will be obtained: measures of dispersion standard and measures of central trend, frequencies and percentages. The results were appearing in tables and graphs. They are analyzed of individual and descriptive form.

**KEY WORDS:** diabetes mellitus, treatment, quality of life, health.

**RESULTS:** The most predominant age was of 61-70años (43.5 %) of the most studied patients. The most affected sex was the masculine one 100 (51.8 %), inside the marital status one found more vulnerable with 124 (64.2 %) the married ones, which have an employment with (56.5 %) 109, 81 (42 %) to level secondary, 168 (87 %) Catholics, with regard to the time of evolution it was 96 (49.7 %) of 4-6 years with diagnosis, 118 (61.1 %) with treatment of hipoglucemiantes oral, 160

(82.9 %) that do not realize a diet in collaboration with his pharmacological treatment, and 187 (96.9 %) that do not receive psychological support independently of the medicines, in conclusion 83 (43 %) possesses a quality of good life and 110 (56.9 %) possesses a quality of regular life.

CONCLUSIONS: There were identified that the majority of the persons of 61 to 70 years, married of age, of masculine sex (seize), with employment, which education is secondary, Catholics, with diagnosis from 4 to 6 years of evolution, under treatment of hipoglucemiantes oral that neither take diet they do not even receive psychological support, possess a quality of regular life.

## **MARCO TEÓRICO**

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida en estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbimortalidad, a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo fue en los años ochenta, aunque su concepción data de las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea, y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional.

Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas.

### **ANTECEDENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.**

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por las expectativas de una persona. (1,2)

El término calidad de vida empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados informes sociales o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, Fernández Ballesteros indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización. El término no tiene sentido sino es en relación con un sistema de valores. Analizar la calidad de vida en una sociedad significa alcanzar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en una determinada sociedad, lo que implica conocer cómo viven y que expectativas de transformación de estas condiciones desea, además de evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud.

En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. <sup>(3)</sup> Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. Se ha evaluado calidad de vida en diversos grupos con diferentes padecimientos y con distintos instrumentos. <sup>(2, 4, 5)</sup>

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. <sup>(6, 7)</sup>

Primeras evaluaciones.

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky (KPS). Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. <sup>(8)</sup> Se ha demostrado en varios estudios su excelente reproducibilidad y validez, <sup>(9)</sup> incluyendo pacientes con infarto agudo al miocardio. El doctor Karnofsky, quien desarrolló la escala, también publicó el primer tratamiento de quimioterapia (L-asparaginasa) efectivo contra la leucemia linfoblástica aguda, en 1940. El mismo describió los mecanismos de acción de esta droga, identificando químicos que previenen y revierten el crecimiento celular anormal. Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad.<sup>(10)</sup> La ventaja de esta escala es que es genérica; su desventaja, que es unidimensional, es decir, sólo evalúa el estado funcional y no mide las otras dimensiones de la calidad de vida.<sup>(11)</sup>

Medición de calidad de vida

Si se acepta como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos preestablecidos. <sup>(12)</sup> Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida

no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas.

Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. (13)

## CALIDAD DE VIDA.

De acuerdo a Patrick y Erickson (1993), la calidad de vida relacionada con la salud puede definirse como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política. En términos generales, existen dos tipos de evaluación de este concepto: las medidas generales y las específicas. Las medidas generales se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de personas con diversas enfermedades, y son útiles para estudios en donde se comparan diferentes poblaciones. Algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios en el funcionamiento en comparación con las medidas específicas (Guyatt, Bombardier y Tugwell, 1986), que se diseñan para evaluar características específicas de una enfermedad o población particular.

De acuerdo a Jacobson y Cols. (1994), la evaluación ideal de calidad de vida incorpora ambos tipos de medidas.

El desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad de vida específicos para Diabetes es francamente reciente. Por esta razón, no hay todavía un cuerpo consistente de información acerca de este aspecto de la Diabetes o de su tratamiento. En términos generales, se conoce a la fecha: que los sujetos con diabetes de ambos tipos experimentan un decremento importante en su calidad de vida en comparación con sujetos sanos (Wells, Golding y Burnam, 1988); que la calidad de vida de pacientes con Diabetes decrementa en tanto que aumenta la severidad de complicaciones médicas de la enfermedad; y que la calidad de vida influye en el control metabólico del paciente (Wikby, Hornquist, Stenstrom y Anderson, 1993).

La primera forma de evaluación específica de la Diabetes Mellitus fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad (Jacobson, de Groot y Samson, 1995). Esta medida se conoce como DQOL (de las siglas en inglés de «Diabetes Quality of Life»). El DQOL evalúa cinco dimensiones generales relacionadas de manera relevante o directa con la Diabetes Mellitus y su tratamiento: 1) Satisfacción con el tratamiento; 2) Impacto del tratamiento; 3) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes; 4) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales; y 5) Bienestar general. Las preguntas del DQOL se contestan en una escala tipo Lickert de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde «muy satisfecho» (1) hasta

«muy insatisfecho» (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde «ningún impacto o nunca me preocupo» (1) hasta «siempre me afecta o siempre me preocupa» (5). El reactivo que evalúa bienestar general presenta una escala de cuatro puntos, en donde 1 significa «Excelente» y 4 «pobre». De esta manera, de acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación bruta de la escala significaba una buena calidad de vida. Con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, diversos investigadores han sugerido diferentes métodos de calificación. (13)

## DIABETES MELLITUS.

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina; una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia es la causa primaria de ésta, la hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia a largo plazo de diversos órganos en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (14-15)

En la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM<sub>2</sub>), se altera el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas, es una enfermedad discapacitante, por los daños micro y macro vasculares a diferentes niveles del organismo, que se pueden expresar en ceguera, daño renal y amputaciones de miembros inferiores. (16,17)

El diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2 se realiza por clínica y laboratorio; por su aceptabilidad, bajo costo y la facilidad de su uso, la glucosa plasmática preprandial es la prueba de elección para la detección de la DM<sub>2</sub>. (18,19)

Anteriormente solo se disponía de la detección de glucemia en ayunas para conocer el adecuado control de la DM<sub>2</sub>. Actualmente también se cuenta con mediciones por medio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y glucemia posterior a la ingesta de glucosa a las 2 horas. (20)

La presencia de diabetes es más frecuente cuando se refiere el antecedente de la madre diabética (13.6%) que cuando el padre es diabético (7.2%) y se incrementa sustantivamente cuando ambos padecen la enfermedad (18.3%). Si bien no existe evidencias de que la detección oportuna de la enfermedad reduzca y retarde de forma importante la aparición de las complicaciones asociadas a esta patología. Por lo general, la diabetes se descubre en edades avanzadas, ya que en 50 % de los pacientes llevan un promedio de 5 años de conocerse enfermo. (21)

### Epidemiología.

México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupara el séptimo lugar, la DM<sub>2</sub> es la tercera causa de mortalidad general desde 1997 y la primera causa en los grupos de 45 a 65 años de edad.

De acuerdo con los datos de la secretaria de Salud, el 10.75% de personas de 20-69 años, tiene algún tipo de DM<sub>2</sub>, lo que equivale a una población de más de 5

millones y medio de personas con la enfermedad, de los cuales el 65% son mujeres y 35% son hombres.

El número de individuos que padecen de DM<sub>2</sub> a nivel mundial se está incrementando, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el año 2000, 171 millones de personas mayores de 20 años de edad tenía esta enfermedad, y se espera que para el año 2030 el número de personas enfermas ascienda a 366 millones. (22,23)

La Federación Internacional de Diabetes (FID) reportó que 194 millones de personas en la población adulta (20-79 años de edad) que conforman los 172 países miembros de la FID tienen DM<sub>2</sub>, y estima que para el año 2025 la prevalencia en esta población será de 333 millones de personas. Otros datos a considerar son los de la OMS y la FID han reportado que los 10 países con mayor número de personas enfermas con DM<sub>2</sub> son: India, China, México, USA, Indonesia, Japón, Pakistán, Brasil, Italia y Banglades. (16,23)

La Sociedad Americana de Diabetes (ADA) ha reportado que en los Estados Unidos de América (EUA), 18.2 millones de personas (6.3 % de la población) tienen DM<sub>2</sub>, de las cuales 13 millones de personas de esta población son diagnosticadas y 5.2 millones no saben que tienen esta enfermedad. Para el año 2000 la DM<sub>2</sub> ocupó el 6° lugar como causa de muerte en los EUA. (17)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que 35 millones de personas con diabetes se encuentran ubicadas en las Américas en el año 2000, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América y el Caribe y se estima que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de los cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe. (24)

En los Estados Unidos, el costo del tratamiento de la población diabética ascendió a 98 mil millones de dólares (1997) (25), mientras que en México se estima que el costo de la atención puede ser entre 5 y 14 % de los gastos dedicados a la asistencia médica, y los costos directos e indirectos de la atención de la diabetes pueden ascender a 2618 millones de dólares anuales, (26,27) para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el gasto anual de la atención a los enfermos excedió los 2000 millones de pesos (1992 a 1997). (28)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde hace más de 10 años se ha situado en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar; así mismo se encuentra entre los principales motivos de envío a la consulta de especialidad. (29,30)

En el IMSS el número promedio del diagnóstico fue de 10 años. Sin embargo, solo una pequeña fracción de diabéticos acude regularmente a los servicios salud y se estima que de ésta, apenas 25 al 40% de los enfermos tiene un control metabólico adecuado. (31)

Más de 22% de los adultos acudió a realizarse pruebas de determinación de glucosa en sangre y mediciones de la tensión arterial en el año previo a la encuesta, en mayor medida las mujeres, de las que casi 25% acudió a ambas pruebas, mientras que 19% de los hombres acudió a pruebas de detección de diabetes y de hipertensión arterial. Para las dos pruebas, el porcentaje de adultos que acudió en el año previo al levantamiento de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 fue mayor al porcentaje que había acudido en el año previo al levantamiento de la ENSA 2000.

En ese momento, 10.5% de los adultos había acudido a detección de diabetes y 13.4% a detección de hipertensión arterial, lo que, en términos de incremento, representa 111% y 70.1%, respectivamente. (32)

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) estimó 35 millones de personas diabéticas a nivel mundial en el año 2000, de las cuales 19 millones vivían en América Latina y en el Caribe. Las proyecciones indican que para el 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones de los cuales 40 millones corresponderán a América latina y el Caribe. (33)

La DM<sub>2</sub>, esencialmente cuando está mal controlada, puede representar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad. La mayoría de los costos directos de la DM<sub>2</sub> provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar, o en ciertos casos, prevenir. Dependiendo del país, los cálculos indican que la diabetes puede representar entre un 5% y 14% de los gastos de salud. (34)

La DM<sub>2</sub>, además de acortar la vida productiva, tiene varias repercusiones sobre la calidad de vida del enfermo y la de su familia. Hay datos científicos que demuestran claramente que es posible mejorar la calidad de vida del paciente con DM<sub>2</sub>. (34) Los estudios epidemiológicos demostraron que el control de la glucemia disminuye el riesgo de las enfermedades concomitantes, como hipertensión arterial e hiperlipidemia. (15)

Se considera que la prevalencia de la DM<sub>2</sub> va en ascenso en todo el mundo, debido al incremento de los siguientes factores de riesgo, peso excesivo, obesidad y estilo de vida sedentario, junto con el envejecimiento de la población de todos los países. (22,23)

La encuesta nacional de salud y nutrición 2006 menciona que la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%, y fue mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción llegó a 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en los hombres. En el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.7% en mujeres y 16.8% en hombres. La prevalencia general de diabetes (que incluye el hallazgo a partir de la encuesta) encontrada por Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 será presentada una vez que se cuente con el análisis

de laboratorio de los sueros obtenidos durante el levantamiento. (32)

En la ENSA 2000 se estimó que entre los mayores de 20 años, la prevalencia de diabetes era 7.5%; años más tarde, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2005 (ENSANUT 2005) se estableció en 9.5%. (35)

En los últimos años ha ocurrido un ascenso importante de la mortalidad por DM<sub>2</sub>. En 1999 la DM<sub>2</sub> fue la tercera causa de mortalidad general en México (46,632 defunciones y una tasa de 46.5 por 100 millones mil habitantes).

El anuario de mortalidad del año 2000 ubica a la DM tipo 2, como la sexta causa de enfermedad entre los grupos de 45 a 65 años de edad y reporta un total de 287,180 nuevos casos (2000) con una tasa global de 5.21/1000 habitantes. (30, 34,

36)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable del 5% de las consultas de medicina familiar durante el 2002, generó 62 745 egresos, lo que representa 3% del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalentes a 18% del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable del 20% de este grupo, mientras que en los hombres se ubica en segundo lugar y es responsable del 15% de las defunciones. (31)

Garantizar la adherencia al tratamiento es uno de los desafíos para el control de la población diabética en el (IMSS) para reducir el riesgo de muerte prematura. (37)

La aparición de complicaciones diversas, se estima que 14 de cada 100 diabéticos desarrolla neuropatía, 10 nefropatía, 7 a 10 pie diabético, (30% de los cuales terminan en amputación) y 2 a 5 en retinopatía y un riesgo severo como cardiopatía isquémica ó enfermedad cerebro vascular es 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población. Estos daños son manifiestos incluso a edades muy tempranas, con mayor grado de discapacidad y carga de enfermedad. (38,39)

En la diabetes es factible evitar la aparición de complicaciones crónicas mediante el estricto control de la enfermedad, que consiste en lograr una tensión arterial no mayor de 130/80 mmHg. Así como concentración de glucosa menor de 115 mg/dl, fracción A 1c de la hemoglobina glicada menor de 7%, y lípidos dentro de parámetros observados en una persona sin diabetes (colesterol total menor de 200 mg/dL, colesterol HDL igual o mayor de 40 mg/dL. En hombres o igual o mayor de 50 mg/dL en mujeres, colesterol LDL menor de 100 mg/dL y triglicéridos menor de 150 mg/dL). Si se agregan otras recomendaciones como los exámenes periódicos de retina, de los pies y de orina (para identificar la presencia de proteínas), así como el cuidado de la dentadura y la supresión del hábito de fumar, se puede impedir una mayor proporción de complicaciones o, por el menos, detener su progresión. La diabetes puede prevenirse, una vez diagnosticada la enfermedad, también puede eludirse la aparición o progresión de las complicaciones crónicas. La mayoría de los recursos necesarios están disponibles desde el primer nivel de atención.

La DM<sub>2</sub> es más común, en este caso el cuerpo humano del enfermo no genera suficiente cantidad de insulina o crea una resistencia hacia ella, es muy importante su tratamiento ya que a corto plazo puede afectar la cantidad de energía que procesa el organismo y su larga evolución puede comprometer a los órganos internos y afectar el desempeño del individuo al sufrir hipoglicemia donde los niveles de azúcar son muy bajos en sangre que lo normal y produce asterexis, vértigo, diaforesis, cefalea, palidez y cambios de ánimo repentinos. En hiperglucemia los niveles de azúcar se elevan, produciendo polidipsia, polifagia, polipnea, náuseas, vómitos, visión borrosa y sequedad en la boca. Una mala alimentación, la obesidad y el sedentarismo suele desencadenar esta afección. Estudios recientes han mostrado que las intervenciones en los estilos de vida, como la alimentación y ejercicio, pueden reducir la velocidad de progresión de estos individuos para el desarrollo de la DM<sub>2</sub>, por lo que debe de ser considerada la modificación del estilo de vida, en aquellos pacientes con una glucosa anormal en ayuno o intolerancia a la glucosa. (40)

En el manejo inicial se deberá formular un plan en el tratamiento que proporcione una base para el cuidado continuo del paciente que involucre la participación de la familia. Las personas con DM<sub>2</sub> deberán recibir las indicaciones para el manejo integral de la enfermedad por parte de un equipo multidisciplinario de salud. El paciente asume un papel activo en el cuidado de la enfermedad. El manejo integral para la educación al paciente y su familia deberán incluir la orientación en forma sencilla de lo que es la enfermedad, las características de la alimentación y el ejercicio que deberá realizarse; el manejo debe estar fundamentado en la vigilancia de las condiciones clínicas, metabólicas y la prescripción apropiada de los medicamentos. (41)

Los beneficios de la alimentación en las personas con DM<sub>2</sub> no debe ser en forma individual, es familiar tomando en cuenta lo cultural, para ayudar a mantener los niveles de glucosa en rangos normales, prevenir y reducir los riesgos de complicaciones de esta enfermedad; y permitirle mantener el perfil de lípidos y lipoproteínas en cifras óptimas. El ejercicio en la DM<sub>2</sub>, mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye los niveles elevados de la glucosa a un rango más normal. Este debe evaluarse de forma individual sus beneficios y los riesgos de la indicación del ejercicio tomando en cuenta el sistema cardiovascular, enfermedad arterial periférica, retinopatía, nefropatía y neuropatía periférica. (14,19)

El núcleo familiar puede ser un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva. (38) El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo. (42)

Diversas investigaciones han demostrado que dentro de los ajustes al tratamiento, los pacientes pasan diversos periodos de tensión emocional, por someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales.

La calidad de vida es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social. (43)

También se le ha conceptualizado como un contrato multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de la vida. (21,44) La cual mide su opinión de éste respecto a su propia salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Su medición incorpora valores, creencias, expectativas vitales previas, hasta limitaciones para el desarrollo de actividades de la vida diaria. La calidad de vida es una variable compleja con gran peso en el estado de salud de los pacientes. (27,45)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Calidad de vida corresponde a la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.

La calidad de vida representa la suma de sensaciones subjetivas y objetivas personales. Puede afectar negativamente en aspecto de bienestar psicológico, social y físico, con la aparición de complicaciones agudas y crónicas, afectando el humor y la auto-estima, generando frustración y síntomas ligados a depresión y ansiedad, la relación con familiares y amigos puede estar afectada por la enfermedad, las restricciones dietéticas o sexuales pueden llevar a conflictos. (46)

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la Unidad Hospital General Xoco entre Enero-Abril 2013 de 8:00 a 14:00 en los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Neurocirugía?

## **HIPÓTESIS:**

Hipótesis nula H0

La calidad de vida en los pacientes adultos que son ingresados al Hospital General Xoco con el diagnóstico de Diabetes Mellitus<sub>2</sub> es pobre.

Hipótesis alterna H1

La calidad de vida en los pacientes adultos que son ingresados al Hospital General Xoco con el diagnóstico de Diabetes Mellitus<sub>2</sub> es excelente.

## **OBJETIVOS:**

Particular:

- ✓ Evaluar la calidad de vida que poseen los pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la unidad Hospital General Xoco entre Enero-Abril 2013 de 8:00 a 14:00.

Específicos:

- ✓ Descubrir qué tipo de población en cuanto a sexo es más susceptible a desarrollar DM2.
- ✓ Descubrir el rango de edad con mejor calidad de vida.
- ✓ Reconocer medidas coadyuvantes en el tratamiento farmacológico para tener una calidad de vida favorable.
- ✓ Evaluar la calidad de vida a través de un cuestionario a los pacientes en estudio.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El motivo por el que se eligió hablar sobre la calidad de vida en pacientes fue por el gran impacto de las enfermedades crónicas en este caso la diabetes en las personas ya que de acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud) es la primera causa de mortalidad con más de 220 millones de personas enfermas y se estimó que en 2008 fallecieron 1.26 millones de personas como consecuencias directas del exceso de azúcar en la sangre.

Por otro lado la calidad de vida es un componente considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para el sistema de la salud.

En la calidad influyen muchos factores ya que por un lado se abarcan cuestiones centradas en el paciente como lo son sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales, fisiológicas, pero por otro hay diversas variables en las que el paciente no puede interferir debido a su desconocimiento como es el caso del manejo terapéutico que se le proporciona por parte del personal de salud.

En la unidad Hospital General Xoco ingresan en gran cantidad pacientes diabéticos con una regular calidad de vida es por eso que nos interesa conocer cuál es la causa por la cual su calidad de vida es regular, para que esto conlleve a restablecer la calidad de vida, puesto que como se mencionaba anteriormente es una variable tan compleja posee un gran peso.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

### LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

En los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía y Urgencias pertenecientes a la Unidad Hospital General Xoco, perteneciente a la delegación Benito Juárez, donde la institución es responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud, de la población residente en la Ciudad de México, ubicado en Av. México Coyoacán s/n, Esq. Bruno Traven, Col. General Anaya, C.P. 30340.

### TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

### POBLACIÓN Y UNIVERSO DE TRABAJO:

La unidad de población del presente estudio se conformó con pacientes adultos 30-80 años portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 que cumplieron con los criterios de inclusión los cuales acudieron al Hospital General Xoco y que aceptaron bajo consentimiento informado participar en el estudio durante el periodo de Enero-Abril del año 2013 en los servicios de Medicina Interna, Neurocirugía y Urgencias con un horario de 8:00 a 14:00.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- ✓ Pacientes adultos de 30 a 80 años
- ✓ Pacientes atendidos en la unidad: Hospital General Xoco.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ No importa su estado civil.
- ✓ Pacientes que acepten y firmen el consentimiento informado.
- ✓ Investigación durante el turno matutino.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- ✓ Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.
- ✓ Pacientes menores de 30 años y mayores de 80 años.
- ✓ Pacientes con complicaciones de diabetes mellitus.
- ✓ Pacientes con deterioro cognitivo.
- ✓ Pacientes con alguna discapacidad.
- ✓ Pacientes que se nieguen a participar en dicho estudio.
- ✓ Pacientes psiquiátricos.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- ✓ Pacientes que no respondan por completo el cuestionario.

## VARIABLES:

Variable independiente:  
Diabetes Mellitus 2.

Variable dependiente:  
Calidad de vida.

Variable demográfica:  
Edad.  
Sexo.  
Escolaridad.  
Estado socioeconómico.

Definición operacional de variables:

- ✓ Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- ✓ Sexo: conjunto de características biológicas que definen al espectro humano como hembra o macho.
- ✓ Escolaridad: Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes:
- ✓ Cultura: en el latín hablado en Roma significaba inicialmente "cultivo de la tierra", y luego, por extensión metafóricamente, "cultivo de las especies Humanas".
- ✓ Diabetes mellitus: grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia resultante de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas.
- ✓ Diabetes mellitus tipo 2: enfermedad que se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante.

## DEFINICIÓN LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

✓ Variables socio-demográficas:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de la variable
Edad	Cuantitativa Continua	Años	Números enteros
Sexo	Cualitativa Nominal	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Unión libre 3= Casado 4= Divorciado 5= Viudo
Situación laboral	Cualitativa	Nominal	1= Empleado 2= Jubilado 3= Pensionado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1= Posgrado 2= Licenciatura 3= Preparatoria 4= Técnico 5= Secundaria 6= Primaria 7= Sabe leer y escribir
Religión	Cualitativa	Nominal	1= Católica 2= Testigo de Jehová 3= Cristiana 4= Otra

✓ Variables de Diabetes:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de la variable
Años con diagnóstico de DM2	Cuantitativa Continua	Años	Números enteros
Tratamiento	Cualitativa Nominal	Nominal	1= Hipoglucemiantes orales 2= Insulinización
Dieta en colaboración con tratamiento farmacológico	Cualitativa Nominal	Grado de satisfacción	1= Si 2= No
Control de glucosa	Cualitativa	Grado de satisfacción	1= Si 2= No
Apoyo psicológico	Cualitativa	Grado de satisfacción	1= Si 2= No

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica, requirió de 193 pacientes con un intervalo de confianza de 90%.

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

Se incluirán a pacientes adultos portadores del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 ingresados al hospital General Xoco en el periodo comprendido de Enero a Abril 2013 que cumplan con los criterios de inclusión para realizar dicho estudio.

Previo consentimiento informado, se invitará a los pacientes a responder un cuestionario que se estructuro incluyendo datos sociodemográficos, y datos sobre la enfermedad como tal todo esto respondiendo acerca de su calidad de vida.

Se obtendrán cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de ambos géneros, que acudan al hospital General Xoco durante el periodo antes mencionado posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS.

## **DISEÑO ESTADÍSTICO.**

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias, proporciones, frecuencias y porcentajes con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

## **MÉTODO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS.**

Teniendo en cuenta el carácter del estudio y el tamaño de la muestra, se trabajara con frecuencia simple y por cientos. Los resultados se presentaran en tablas y gráficos.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Con el fin de obtener respuestas favorables para el llenado de la encuesta se facilitará de forma verbal información sobre los siguientes puntos:

- ✓ La importancia del tema en estudio.
- ✓ El carácter confidencial de los datos
- ✓ Estimación aproximada del tiempo (5 minutos) que se tomara para llenar la encuesta.
- ✓ El agradecimiento por su participación.

El llenado de la encuesta se realizara de manera individual, Al tratarse de un estudio en el que se trabajará con información personal se buscará garantizar en todo momento la confidencialidad de las respuestas, para ello se diseñó una estrategia basada en un conjunto de acciones y compromisos por parte del equipo investigador que impidan un uso inadecuado de los datos.

El investigador encargado de las labores administrativas del estudio se comprometerá de forma expresa, a no revelar el contenido de ninguna cédula.

### **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se debe aplicar la encuesta del protocolo de investigación en forma individual. Se aplicara a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con tratamiento médico. Durante la aplicación del cuestionario es importante recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas, pero en caso de tener alguna duda con la formulación de la pregunta el equipo investigador tratara de resolver dicha duda. Los sujetos deben de ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, deberá darse la definición. El examinador deberá de revisar la prueba para asegurar de que sólo una de las respuestas alternativas ha sido seleccionada para cada pregunta.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

El presente protocolo de investigación sobre la calidad de vida que poseen los pacientes adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 se apegará a los derechos de los pacientes donde se establece que el paciente merece recibir trato digno y respetuoso incluyendo que éste tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes, así como también se establece que tiene derecho a decidir libremente sobre su atención; abarcando que el paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

De acuerdo al código de ética de enfermería uno de sus principios establece que:

- ✓ **Beneficencia y no maleficencia:** se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.
- ✓ **Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.
- ✓ **Privacidad:** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

- ✓ Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Según el Artículo 21 de la Declaración de Helsinki, en sus Fracciones I, II, VI, VII, VIII, IX, cada participante recibirá una explicación clara y completa, de tal forma que comprenda el propósito de la investigación, y los procedimientos que se le realizarán, y la garantía de que recibirá respuesta a las dudas sobre el estudio, con la libre elección de retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo decidiera.

La presente investigación se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de La Federación el 16 de abril de 1990, La Ley General de Salud en su Art. 100, el Reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social, y La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983 y Hong Kong de 1989 respecto a las investigaciones en los seres vivos.

## **RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.**

- ✓ Recursos humanos:  
Investigadoras: Corona Gómez Karina Lizbeth y Cruz Abad Lizbeth.  
Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.
  
- ✓ Recursos materiales:  
Encuestas impresas.  
Lápices.  
Plumas.  
Unidad hospitalaria.  
Computadoras.

## **RESULTADOS.**

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 4 (2.1%) corresponden a la edad de 30-40 años, 15 (7.8%) de 41-50 años, 16 (8.3%) de 51-60 años, 84 (43.5%) de 61-70 años, 74 (38.3%) de 71-80 años.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 83(48.2%) son mujeres y 100(51.8%) son de sexo masculino.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 4(2.1%) solteros, 34(17.6%) unión libre, 124(64.2%) casados, 17(8.8%) divorciados, 14(7.3%) viudos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 109(56.5%) empleados, 30(15.5%) jubilados, 54(28%) pensionados.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 2(1%) posgrado, 3(1.6%) licenciatura, 27(14%) preparatoria, 7(3.6%) técnicos, 81(42%) secundaria, 18(9.3%) primaria, 55(28.5%) saben leer y escribir.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 168(87%) católicos, 13(6.7%) testigo de Jehová, 12(6.2%) cristianos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 81(42%) de 0-3 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, 96(49.7%) de 4-6 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, 16(8.3%) de 7-9 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 118(61.1%) con tratamiento de hipoglucemiantes orales, 75(38.9%) con tratamiento de insulinización.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 33(17.1%) los cuales realizan dieta en colaboración con su tratamiento farmacológico, 160(82.9%) no realizan dieta en colaboración con su tratamiento farmacológico.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 119(61.7%) que si llevan un control de glucosa, 74(38.3) no llevan un control de glucosa.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 6(3.1%) reciben un apoyo psicológico independientemente de los medicamentos, 187(96.9%) no reciben un apoyo psicológico independientemente de los medicamentos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 4(2.1%) están más o menos satisfechos con el tiempo que les toma manejar su diabetes, 29(15%) mencionan que no hay ninguna satisfacción con el tiempo que le toma manejar su

diabetes, 149(77.2%) están más o menos insatisfechos con el tiempo que les toma manejar su diabetes, 11(5.7%) se encuentran muy insatisfechos con el tiempo en que les toma manejar su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 61(31.6%) están más o menos satisfechos con el tiempo que gasta en hacerse chequeos, 12(6.2%) mencionan que ninguno está satisfecho con el tiempo en que gastan en hacerse chequeos, 120(62.2%) se encuentran más o menos insatisfechos con el tiempo en que gastan en hacerse chequeos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 98(50.8%) que están muy satisfechos con su tratamiento actual, 87(45.1%) se encuentran más o menos satisfechos con su tratamiento actual, 5(2.6%) de los cuales ninguno está satisfecho con su tratamiento actual, 3(1.6%) que más o menos están insatisfechos con su tratamiento actual.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 43(22.3%) más o menos satisfechos con la flexibilidad en su dieta, 9(4.7%) ninguno está satisfecho con la flexibilidad en su dieta 53(27.5%) más o menos insatisfechos con la flexibilidad en su dieta, 88(45.6%) muy insatisfechos con la flexibilidad en su dieta.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 3(1.6%) muy satisfechos con la carga que su diabetes es para su familia, 25(13%) más o menos satisfechos con la carga que su diabetes es para su familia, 6(3.1%) que ninguno está satisfecho con la carga que su diabetes es para su familia, 25(13%) más o menos insatisfechos con la carga que su diabetes es para su familia, 134(69.4%) muy insatisfechos con la carga que la diabetes es para su familia.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 2(1%) muy satisfechos con su conocimiento sobre su diabetes, 69(35.8%) más o menos satisfechos con su conocimiento sobre su diabetes, 114(59.1%) ninguno está satisfecho con su conocimiento sobre su diabetes, 8(4.1%) más o menos insatisfechos con su conocimiento sobre su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 49(25.4%) muy satisfechos con sus horas de sueño, 43(22.3%) más o menos satisfechos con sus horas de sueño, (4.7%) ninguno está satisfecho con sus horas de sueño, 17(8.8%) más o menos insatisfechos con sus horas de sueño, 75(38.9%) muy insatisfechos con sus horas de sueño.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 49(25.4%) muy satisfechos con su vida social y amistades, 43(22.3%) más o menos satisfechos con su vida social y amistades, 9(4.7%) ninguno está satisfecho con su vida social y amistades, 17(8.8%) más o menos insatisfechos con su vida social y amistades, 75(38.9%) muy insatisfechos con su vida social y amistades.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 73(37.8%) muy satisfechos con su vida sexual, 2(1%) más o menos satisfechos con su vida sexual, 116(60.1%) más o menos insatisfechos con su vida sexual, 2(1%) muy insatisfechos con su vida sexual.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 57(29.5%) muy satisfechos con su trabajo, escuela y actividades caseras, 13(6.7%) más o menos satisfechos con su trabajo, escuela y actividades caseras, 121(62.7%) más o menos insatisfechos con su trabajo, escuela y actividades caseras, 2(1%) muy insatisfechos con su trabajo, escuela y actividades caseras.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 5(2.65%) muy satisfechos con la apariencia de su cuerpo, 56(29%) más o menos satisfechos con la apariencia de su cuerpo, 13(6.7%) ninguno está satisfecho con la apariencia de su cuerpo, 8(4.1%) más o menos insatisfechos con la apariencia de su cuerpo, 111(57.5%) muy insatisfecho con la apariencia de su cuerpo.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 9(4.7%) muy satisfechos con el tiempo que pasan haciendo ejercicio, 8(4.1%) más o menos satisfechos con el tiempo que pasan haciendo ejercicio, 90(46.6%) ninguno está satisfecho con el tiempo que pasa haciendo ejercicio, 81(42%) más o menos insatisfechos con el tiempo que pasan haciendo ejercicio, 5(2.6%) muy insatisfechos con el tiempo que pasan haciendo ejercicio.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 119(61.7%) muy satisfechos con su tiempo libre, 12(6.2%) más o menos satisfechos con su tiempo libre, 59(30.6%) ninguno está satisfecho con tu tiempo libre, 3(1.6%) muy insatisfechos con tu tiempo libre.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 142(73.6%) muy satisfecho con su vida en general, 39(20.2%) más o menos satisfechos con su vida en general, 3(1.6%) más o menos insatisfechos con su vida en general, 9(4.7%)muy insatisfechos con su vida en general.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 4(2.1%) nunca sienten dolor asociado con el tratamiento para su diabetes, 65(33.7%) muy pocos sienten dolor asociado con el tratamiento a su diabetes, 124(64.2%) algunas veces sienten dolor asociado con el tratamiento para su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 192(99.5%) nunca se han sentido apenados de tener que lidiar con su diabetes en público, 1(.5%) muy pocos se sienten apenados de tener que lidiar con su diabetes en público.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 34(17.6%) nunca han tenido baja el azúcar en la sangre, 108(56%) muy pocos han tenido baja el azúcar en l sangre, 51(26.4%) algunas veces han tenido baja el azúcar en la sangre.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 72(37.3%) nunca se han sentido físicamente enfermos, 108(56%) muy pocos se han sentido físicamente enfermos, 13(6.7%) algunas veces se han sentido físicamente enfermos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 80(41.5%) nunca su diabetes interfiere con su vida familiar, 112(58%) muy pocos su diabetes interfiere con su vida familiar, 1(.5%) algunas veces su diabetes interfiere con su vida familiar.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 179(92.7%) nunca duermen mal por las noches, 14(7.3%) muy poco duermen mal por las noches.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 191(99%) nunca su diabetes limita su vida social y sus amistades, 2(1%) muy poco su diabetes limita su vida social y sus amistades.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 53(27.5%) con frecuencia se sienten bien con ellos mismos, 140(72.5%) todo el tiempo se sienten bien con ellos mismos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 5(2.6%) muy pocos se sienten restringidos por su dieta, 136(70.5%) algunas veces se sienten restringidos por su dieta, 52(26.9%) con frecuencia se sienten restringidos por su dieta.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 193(100%) nunca interfiere su diabetes con su vida sexual.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 143(74.1%) nunca su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina, 44(22.8%) muy poco su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina, 6(3.1%) algunas veces su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 183(94.8%) nunca interfiere su diabetes con su ejercicio, 10(5.2%) muy poco interfiere su diabetes con su ejercicio.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 178(92.2%) nunca faltan al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes, 12(6.2%) muy pocos faltan al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes, 3(1.6%) algunas veces faltan al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 193(100%) nunca han

explicado lo que significa tener diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 186(96.4%) nunca se dan cuenta que su diabetes interrumpa las actividades de su tiempo libre, 7(3.6%) muy pocos se dan cuenta que su diabetes interrumpa las actividades de su tiempo libre.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 20(10.4%) nunca le hablan a los demás de su diabetes, 127(65.8%) muy pocos les hablan a los demás de su diabetes, 46(23.8%) algunas veces le hablan a los demás de su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes 193(96.5%) nunca los molestan porque tienen diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 13(6.7%) nunca sienten que van con mayor frecuencia al baño que los demás, 147(76.2%) muy pocas veces sienten que van con mayor frecuencia al baño que los demás, 33(17.1%) sienten que van con mayor frecuencia al baño que los demás.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 22(11.4%) muy pocas veces se encuentran comiendo algo que no deben en vez de decir que tienen Diabetes, 78(40.4%) algunas veces se encuentran comiendo algo que no deben en vez de decir que tienen Diabetes, 93(48.2%) con frecuencia se encuentran comiendo algo que no deben en vez de decir que tienen Diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 193(100%) ocultan a los demás que están teniendo una reacción por la insulina.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 7(3.6%) nunca se preocupan sobre si se van a casar, 11(5.7%) muy poco se preocupan sobre si se van a casar, 27(14%) algunas veces se preocupan sobre si se van a casar, 8(4.1%) con frecuencia se preocupan sobre si se van a casar, 129(66.8%) todo el tiempo se preocupan sobre si se van a casar, 11(5.7%) no aplica se preocupan sobre si se van a casar.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 13(6.7%) nunca se preocupan sobre si tendrán hijos, 73(37.8%) muy poco se preocupan sobre si tendrán hijos, 83(43%) algunas veces se preocupan sobre si tendrán hijos, 24(12.4%) con frecuencia se preocupan sobre si tendrán hijos.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 177(91.7%) nunca se preocupan sobre si conseguirán un trabajo que quieren, 14(7.3%) muy poco se preocupan sobre si conseguirán un trabajo que quieren, 2(1%) no aplica sobre si se preocupan sobre si conseguirán un trabajo que quieren.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 119(61.7%) nunca se

preocupan sobre si les negaran un seguro, 10(5.2%) muy poco se preocupan sobre si les negaran un seguro, 10(5.2%) algunas veces se preocupan sobre si les negaran un seguro, 5(2.6%) con frecuencia se preocupan sobre si les negaran un seguro, 49(25.4) no aplica sobre si se preocupan en que les nieguen un seguro.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 50(25.9%) nunca se preocupan sobre si podrán acabar su escuela, 143(74.1%) no aplica sobre si se preocupan en acabar su escuela.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 155(80.3%) nunca se preocupan sobre si faltaran a su trabajo, 21(10.9%) muy poco se preocupan sobre si faltaran a su trabajo, 17(8.8%) algunas veces se preocupan sobre si faltaran a su trabajo.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 166(86%) nunca se preocupan sobre su podrán tomar unas vacaciones o hacer un viaje, 4(2.1%) muy poco se preocupan sobre su podrán tomar unas vacaciones o hacer un viaje, 23(11.9%) algunas veces se preocupan sobre su podrán tomar unas vacaciones o hacer un viaje.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 186(96.4%) nunca se preocupan sobre si se desmayaran, 7(3.6%) muy poco se preocupan sobre si se desmayaran.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 118(61.1%) muy poco se preocupan sobre si su cuerpo se ve diferente porque tiene Diabetes, 75(38.9%) algunas veces se preocupan sobre si su cuerpo se ve diferente porque tiene Diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 2(1%) muy poco le preocupa tener complicaciones por su diabetes, 54(28%) algunas veces le preocupa tener complicaciones por su diabetes, 96(49.7%) con frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes, 41(21.2%) todo el tiempo le preocupa tener complicaciones por su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 191(99%) nunca le preocupa sobre si alguien no saldría con él(la) a causa de su diabetes, 2(1%) muy poco le preocupa sobre si alguien no saldría con él(la) a causa de su diabetes.

En el presente estudio se incluyeron 193 (100%) pacientes, 83(43%) considera que su salud es buena, 110(57%) considera que su salud es regular.

## **DISCUSIÓN.**

En lo que respecta a la edad, el grupo más frecuente fue el de 61-70 años (43.5%) de los pacientes de la muestra estudiada; lo cual no concuerda con los reportes de la OMS ya que menciona que el grupo más vulnerable abarca de 20 a 69 años.

Canciano chirino encuentra que el grupo de edad más frecuente en su investigación fue aquel de 85-100 años, Alaba Trueba encuentra una edad media de 83 años, lo cual claramente es un promedio de edad mayor al encontrado por nosotras; lo cual puede deberse a que las investigaciones anteriormente mencionadas se realizaron como una muestra en un centro geriátrico, a diferencia del nuestro que se realizó en población con edades más amplias.

Referente al sexo, encontramos que predomina más el sexo masculino 100(51.8%) de los pacientes que fueron estudiados; lo cual muestra una clara diferencia en cuanto a las publicaciones relacionadas; ya que investigaciones mencionan que las mujeres son mayormente afectadas por la Diabetes Mellitus.

En lo que refiere al tiempo de evolución, el más prevalente fue el de 96(49.7%) de 4-6 años de diagnóstico lo cual concuerda con los reportes de la Revista médica del IMSS 2004.

En lo que respecta a estado civil, situación laboral, nivel académico, religión, tratamiento, dieta y apoyo psicológico no se encuentra referencia bibliográfica.

## **CONCLUSIONES.**

Por medio de este estudio concluimos que la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mayores de 30 años y menores de 80 años, es buena respecto a 83 objetos de estudio, y regular en 110 objetos de estudio.

Se pudo observar que no es necesario tener un grado elevado de estudios para poseer una calidad de vida excelente ya que son diversos factores los que se ven involucrados para que esta sea excelente.

## **SUGERENCIAS.**

Que sirva como base de datos para estudios futuros.

Que sirva como antecedente para brindar una mejor atención de enfermería y así contribuir a su perspectiva de calidad de vida para que esta mejore.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Nelson EC, Landgraf JM, Hays RD, Wasson JH, Kirk JW. The functional status of patients. How can it be measured in physicians offices? *Med Care* 1990; 28:1111-1126.
2. Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. *JAMA* 1994; 272:630-631.
3. Nelson EC, Beriwick DM. The measurement of health status in clinical practice. *Med Care* 1989;27(Suppl):77- 90.
4. Quality of life Editorial. *Lancet* 1991; 338:350-351.
5. Quality of life and clinical trials Editorial. *Lancet* 1995; 346:1-2.
6. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334:835-840.
7. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118:622-629.
8. Obituary: David A Karnofsky. *Cancer Res* 1970; 30:549-550.
9. Murphy ML, Osmundsen JA. A biographical sketch. David A Karnofsky. *Teratology* 1970; 3:5.
10. Brezinski D, Stone P, Muller J, Tofler G, Davis V, Parker C *et al.* Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison with the left ventricular ejection fraction and exercise treadmill test performance. *Am Heart J* 1991; 121: 1374-1381.
11. Karnofsky DA. Problems and pitfalls in the evaluation of anticancer drugs. *Cancer* 1965; 18:1517-1528.
12. Lara MMC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47:315-327.
13. Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1988; Lloyd, Matthews, Wing y Orchard, 1992; Selam, Micossi, Dunn, 1992
14. Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la diabetes tipo 2.
15. Héctor Eloy T.P., Hugo Gutiérrez H., et al. Tratamiento con insulina en el paciente hospitalizado con diabetes mellitus tipo 2 ¿Única opción? *Med Int Mex* 2007;23:196-9
16. IDF. Internacional Diabetes Federación, Mayo 2003. [en línea] <http://www.diabetes.org/>
17. ADA. Nacional Diabetes Fact Sheet. Mayo 2005. [en línea] <http://www.diabetes.org/>
18. American Diabetes Association. Pruebas de selección para detección de diabetes tipo 2. *Diabetes Care* 2004; 27(suppl 1):S5-S10
19. Engelgau MM, Thompson T.J, Smith PJ, Herman WH, Aubert RE. Screening for diabetes mellitus in adults the utility of random capillary blood glucose measurements. *Diabetes Care* 1995; 18:463-469.
20. Gómez V., Zuñiga E. Control de la diabetes mellitus tipo 2: el índice de hiperglucemia como indicador. *Rev Med IMSS* 2002; 40:281-284.
21. De los Rios-Castillo JL, Sánchez-Sosa JJ, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev*

- Med IMSS 2004; 42(2):109-116.
22. Wild S., Roglic C., Green A., Sicree R. y King H. 2004. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 25 (5): 1047-1053.
  23. WHO. Country and regional data. 24 de junio de 2004. [en línea] <http://www.who.int/diabetes/>
  24. PAHO. La Diabetes en las Américas. Mayo 2005 [en línea] <http://www.paho.org/>
  25. Melchioris AC, Correr CJ, Rossingnoli P, Pontarolo R, Fernández-Llimos F. Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte 1: Conceptos y Criterios de Revisión. *Seguim Farmacoter* 2004;2(1):1-11.
  26. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C, Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública México* 2002; 44(4):349-361.
  27. López Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx* 2006; 48:200-211.
  28. Boyer JG, Earp JAL. The development of and instrument for assesing the quality of life of people Wich diabetes. *Med Care* 1997; 35:440-453.
  29. Corana HBM, Bautitas SL. Perfil del paciente diabético en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2004; 6(12):40-43.
  30. SSA. 2000. Programa de salud del adulto y el anciano.
  31. Andrade-Rodríguez HJ, Valadez- Castillo FJ, Hernández-Sierra JF, Gordillo-Moscoso AA, Dávila-Esqueda ME, Loredó Díaz-Infante CL. Efectividad del ejercicio aeróbico supervisado en el nivel de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos de tipo 2 sedentarios. *Gac Méd Méx* vol. 143 No.1, 2007.
  32. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006.
  33. OPS
  34. SSA. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Diabetes Mellitus. No. 43. Vol. 18. Sem. 43, Del 21 a 27 de Octubre de 2001. ISSN 1405-2536.
  35. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (2):101-103.
  36. SSA. 1999. Estadísticas Vitales. Mortalidad. Principales causas de mortalidad general. Estados Unidos Mexicanos.
  37. Secretaría de Salud. Morbilidad, 2000. México. Secretaría de salud. 2003. P. 25-51.
  38. Instituto Nacional de Salud Pública. Atlas de la Salud 2002. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2001. P. 31-52.
  39. Barquera S, Tovar- Guzmán V, Campos-Nonato I, González- Villalpando C, Rivera-Dommarco J. Geography of diabetes mellitus mortality in México: An epidemiologic transitio analisys. *Arch Med Res* 2003. 34(5):407-414.
  40. Tuomilethto J, Lindstrom J, Eriksson JG. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344:1343-50.
  41. Secretaría de Salud. Proyecto de modificación a la NOM-015-SSA-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. *Rev Med IMSS*

- 2000; 38(6):477-495.
42. Vázquez Martínez JL, Gómez-Dantes H, Fernández-Cantón S. Diabetes Mellitus en Población Adulta del IMSS. Rev Mex Inst. Seguro Soc. 2006; 44(1):1326.
  43. Yach D, Alberti G. Screening for type 2 diabetes. Report of a World Health Organization and International diabetes Federation Meeting, WHO/NMH/MNC/03.1, Geneva WHO 2003.
  44. Wing R, Goldstein M, Acton JK, et al. Lifestyle changes related to obesity, eating behavior and physical activity. Diabetes Care 2001; 24:117-123.
  45. De- Los-Ríos JL, Guerrero-Sustaita V. Depresión in the patients which DM 2 and diabetic nephropathy. Desarrollo Científico de enfermería 2003; 5: 136-140.
  46. World Health Organization (WHO). WHOQOL. Measuring Quality of Life WHO 1997.

**ANEXOS**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

INSTITUTO MARILLAC  
HOSPITAL GENERAL XOCO.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:  
“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de una encuesta para conocer la calidad de vida en los pacientes adultos con diabetes Mellitus hospitalizados en la Unidad Hospital General Xoco.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio.

El investigador me ha dado seguridades de que los datos de la encuesta no serán divulgados ni serán utilizados en forma incorrecta, que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre y firma del paciente:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo:

\_\_\_\_\_

Firma del investigador:

\_\_\_\_\_

CUESTIONARIO:

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DM<sub>2</sub> ATENDIDOS EN LA UNIDAD  
HOSPITAL GENERAL XOCO”

RECOLECCIÓN DE DATOS:

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

Hombre

Mujer

Estado civil:

Soltero.

Divorciado.

Unión libre.

Viudo.

Casado.

Situación laboral:

Empleado.

Pensionado

Jubilado.

Escolaridad:

Posgrado.

Secundaria.

Licenciatura.

Primaria.

Preparatoria.

Sabe leer y escribir.

Técnico.

Religión:

Católica.

Cristiana.

Testigo de Jehová.

Otra.

Años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

0-3 años

7-9 años

4-6 años

1 más de 10 años

Tratamiento.

Hipoglucemiantes orales.

Insulinización.

Realiza una dieta en colaboración con su tratamiento farmacológico

Si

No

Lleva a cabo un control de glucosa

Si

No

Recibe apoyo psicológico independientemente de los medicamentos:

Si

No

Por favor, lea con cuidado cada pregunta. Por favor indique que tan satisfecho o insatisfecho esta con el aspecto de su vida descrito en la pregunta. Circule el número que mejor describe cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas preguntas. Nos interesa su opinión.

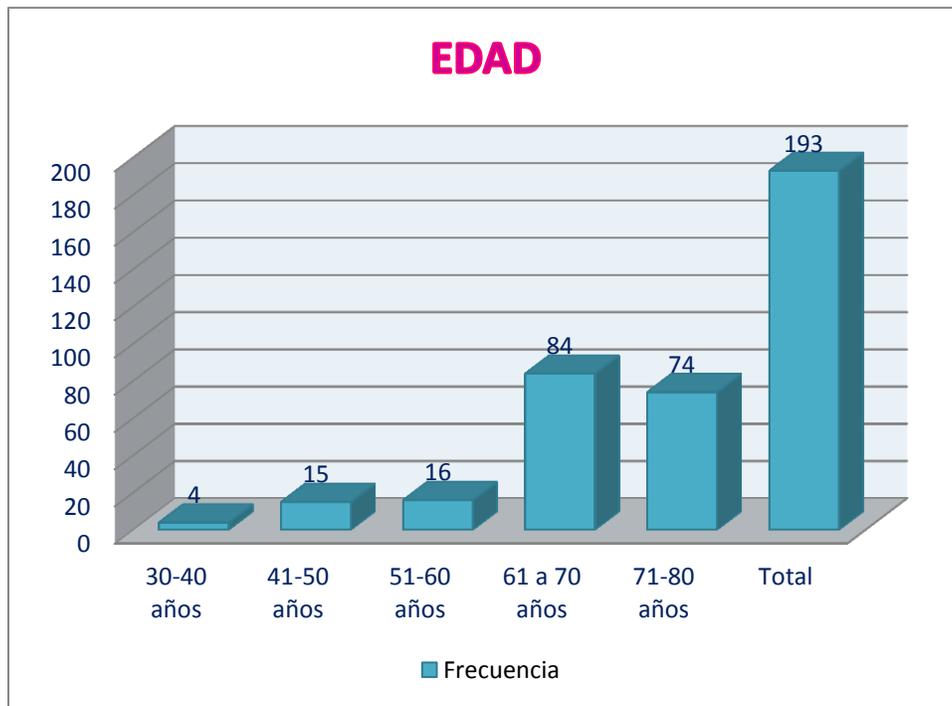
		<i>Muy satisfecho</i>	<i>Más o menos satisfecho</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Más o menos insatisfecho</i>	<i>Muy insatisfecho</i>
A1.	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que le toma manejar su diabetes?	1	2	3	4	5
A2.	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que gasta en hacerse chequeos?	1	2	3	4	5
A3.	¿Qué tan satisfecho está con su tratamiento actual?	1	2	3	4	5
A5.	¿Qué tan satisfecho está con la flexibilidad en su dieta?	1	2	3	4	5
A6.	¿Qué tan satisfecho está con la carga que su diabetes es para su familia?	1	2	3	4	5
A7.	¿Qué tan satisfecho está con su conocimiento sobre su diabetes?	1	2	3	4	5
A8.	¿Qué tan satisfecho está con sus horas de sueño?	1	2	3	4	5
A9.	¿Qué tan satisfecho está con su vida social y amistades?	1	2	3	4	5
A10.	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
A11.	¿Qué tan satisfecho está con su trabajo, escuela y sus actividades caseras?	1	2	3	4	5
A12.	¿Qué tan satisfecho está con la apariencia de su cuerpo?	1	2	3	4	5
A13.	¿Qué tan satisfecho está con el tiempo que pasa haciendo ejercicio?	1	2	3	4	5
A14.	¿Qué tan satisfecho está con su tiempo libre?	1	2	3	4	5
A15.	¿Qué tan satisfecho está con su vida en general?	1	2	3	4	5
Ahora, por favor, indique qué tan frecuentemente le suceden los siguientes eventos. Circule el número apropiado.						
		<i>Nunca</i>	<i>Muy poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Todo el tiempo</i>
B1.	¿Con qué frecuencia siente dolor asociado con el tratamiento para su diabetes?	1	2	3	4	5
B2.	¿Con qué frecuencia se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público?	1	2	3	4	5
B3.	¿Con qué frecuencia tiene baja el azúcar en la sangre?	1	2	3	4	5
B4.	¿Con qué frecuencia se siente físicamente enfermo?	1	2	3	4	5
B5.	¿Con qué frecuencia su diabetes interfiere con su vida familiar?	1	2	3	4	5
B6.	¿Con qué frecuencia duerme mal por las noches?	1	2	3	4	5
B7.	¿Con qué frecuencia su diabetes limita su vida social y sus amistades?	1	2	3	4	5
B8.	¿Con qué frecuencia se siente bien con usted mismo?	1	2	3	4	5
B9.	¿Con qué frecuencia se siente restringido por su dieta?	1	2	3	4	5
B10.	¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su vida sexual?	1	2	3	4	5
B11.	¿Con qué frecuencia su diabetes no le permite manejar un auto o usar una máquina (ej., una máquina de escribir)?	1	2	3	4	5
B12.	¿Con qué frecuencia interfiere su diabetes con su ejercicio?	1	2	3	4	5
B13.	¿Con qué frecuencia falta al trabajo, escuela o actividades caseras por su diabetes?	1	2	3	4	5
B14.	¿Con qué frecuencia se encuentra explicando lo que significa tener diabetes?	1	2	3	4	5
B15.	¿Con qué frecuencia se da cuenta que su diabetes interrumpe las actividades de su tiempo libre?	1	2	3	4	5
B16.	¿Con qué frecuencia le habla a los demás de su diabetes?	1	2	3	4	5
B17.	¿Con qué frecuencia lo molestan porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B18.	¿Con qué frecuencia siente que va al baño más que los demás a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5
B19.	¿Con qué frecuencia se encuentra comiendo algo que no debe en vez de decirle a alguien que tiene diabetes?	1	2	3	4	5
B20.	¿Con qué frecuencia le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina?	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Por favor circule el número que mejor describa sus sentimientos. Si la pregunta no es relevante a usted, circule no aplicable.							
		<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
C1.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se va a casar?	1	2	3	4	5	0
C2.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si tendrá hijos?	1	2	3	4	5	0
C3.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si conseguirá un trabajo que quiere?	1	2	3	4	5	0
C4.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si le negarán un seguro?	1	2	3	4	5	0
C5.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá acabar su escuela?	1	2	3	4	5	0
C6.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si faltará a su trabajo?	1	2	3	4	5	0
C7.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si podrá tomar unas vacaciones o hacer un viaje?	1	2	3	4	5	0
		<i>Nunca</i>	<i>Poco</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Siempre</i>	<i>No se aplica</i>
D1.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si se desmayará?	1	2	3	4	5	0
D2.	¿Con qué frecuencia le preocupa que su cuerpo se vea diferente porque tiene diabetes?	1	2	3	4	5	0
D3.	¿Con qué frecuencia le preocupa tener complicaciones por su diabetes?	1	2	3	4	5	0
D4.	¿Con qué frecuencia se preocupa sobre si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes?	1	2	3	4	5	0
E1. Comparándose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es(Circule uno): 1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Pobre							

## TABLAS Y GRÁFICAS.

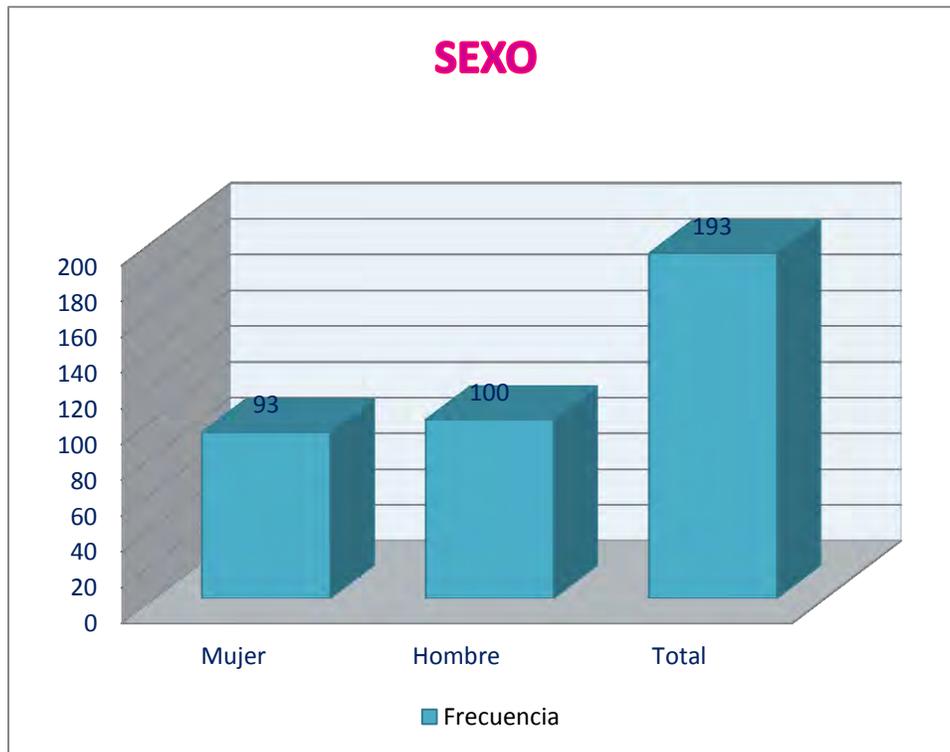
### Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	4	2.1	2.1	2.1
2	15	7.8	7.8	9.8
3	16	8.3	8.3	18.1
4	84	43.5	43.5	61.7
5	74	38.3	38.3	100.0
Total	193	100.0	100.0	



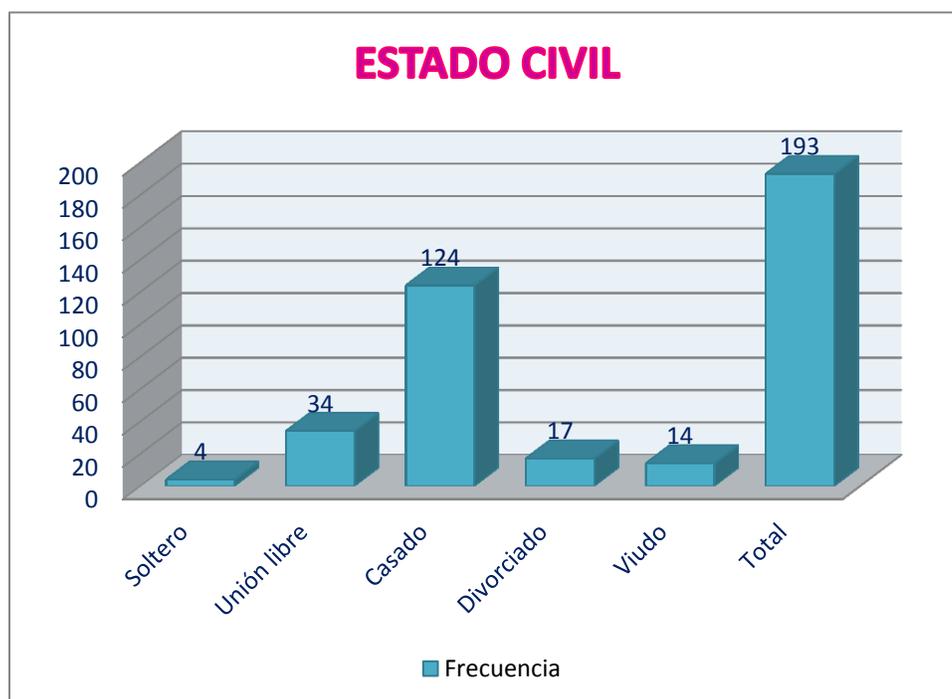
## Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujer	93	48.2	48.2	48.2
Válidos Hombre	100	51.8	51.8	100.0
Total	193	100.0	100.0	



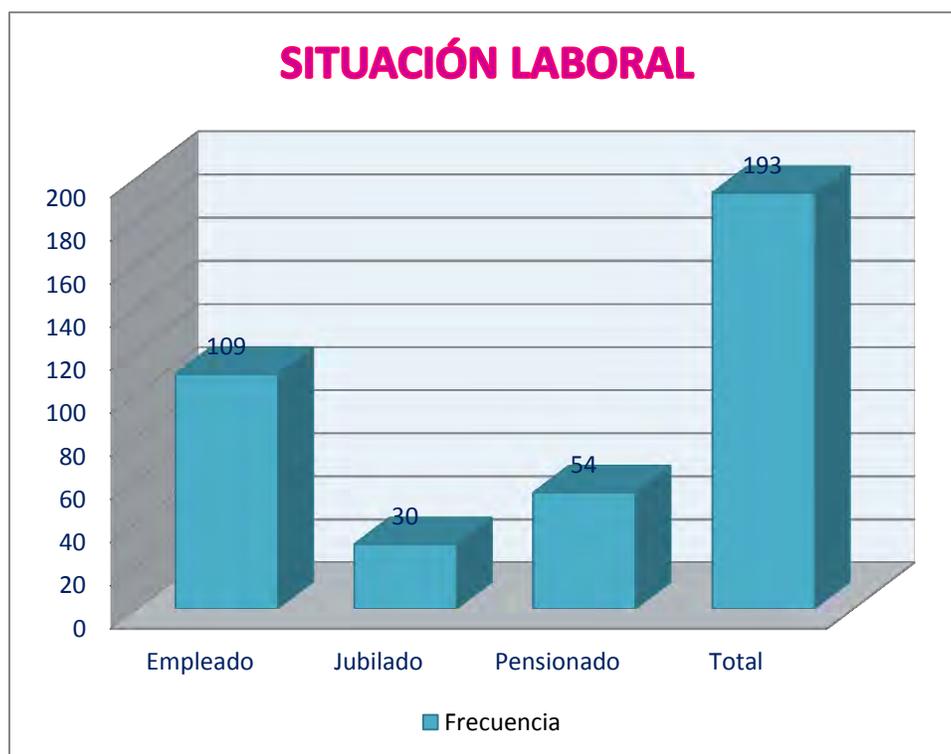
## Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	4	2.1	2.1
	Unión libre	34	17.6	19.7
	Casado	124	64.2	83.9
	Divorciado	17	8.8	92.7
	Viudo	14	7.3	100.0
	Total	193	100.0	100.0



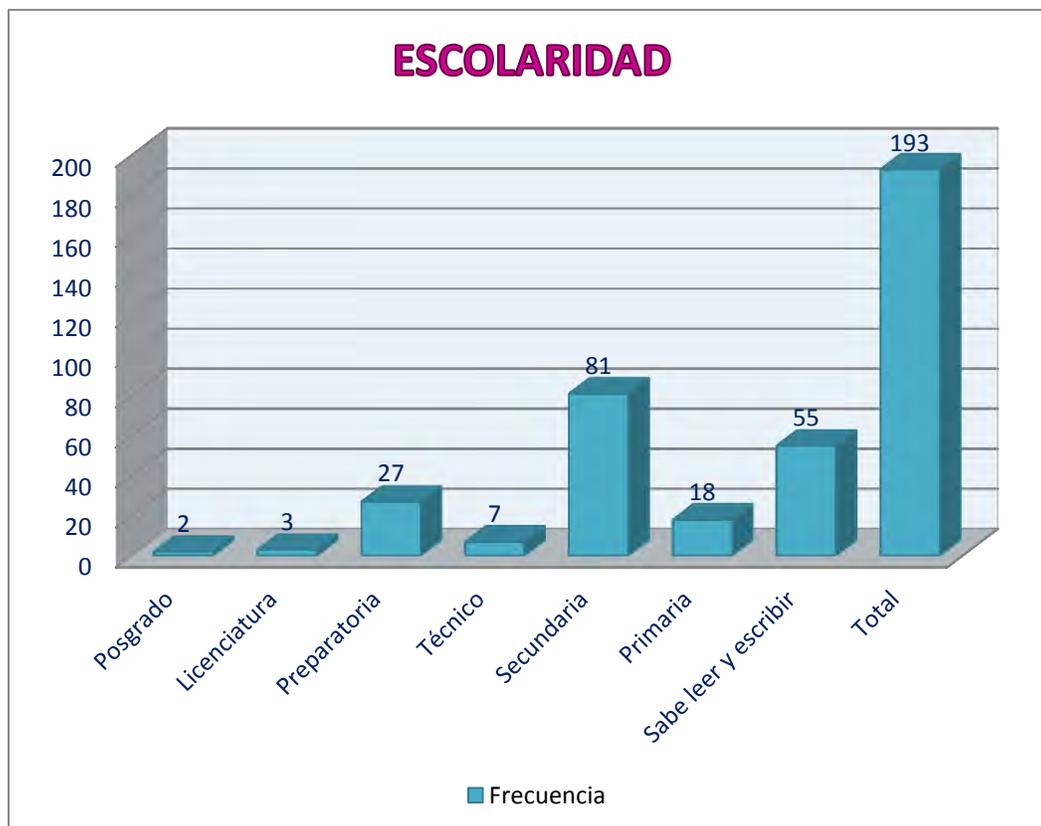
## Situación Laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Empleado	109	56.5	56.5
	Jubilado	30	15.5	72.0
	Pensionado	54	28.0	100.0
	Total	193	100.0	



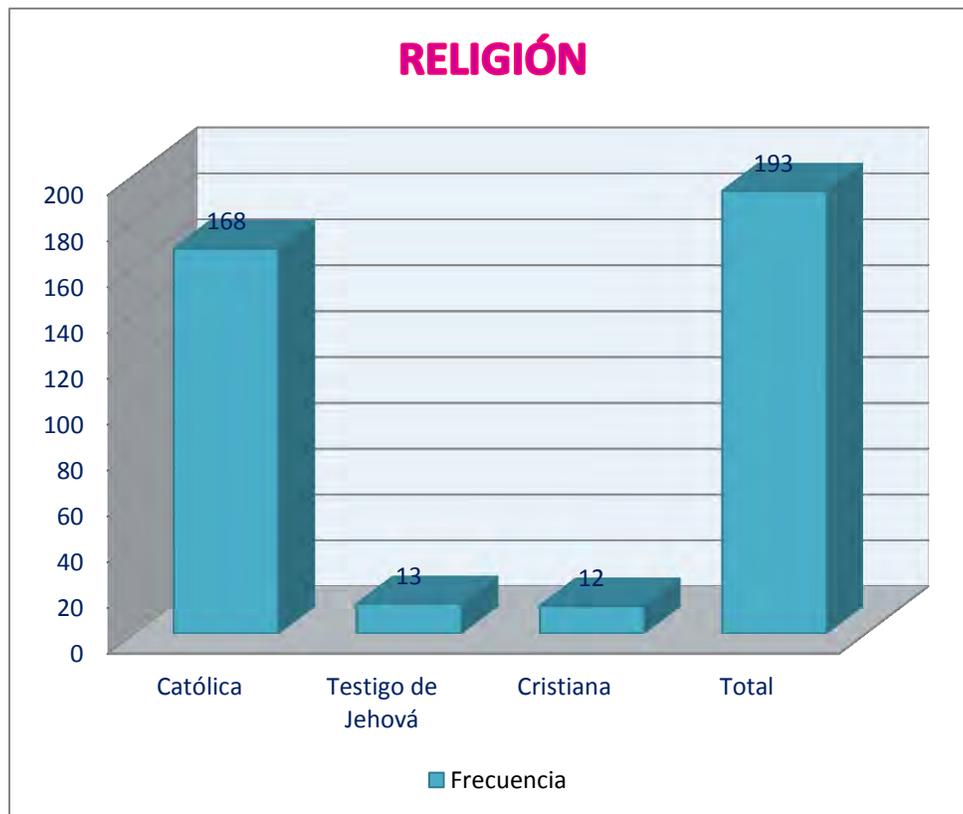
## Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Posgrado	2	1.0	1.0
	Licenciatura	3	1.6	2.6
	Preparatoria	27	14.0	16.6
	Técnico	7	3.6	20.2
	Secundaria	81	42.0	62.2
	Primaria	18	9.3	71.5
	Sabe leer y escribir	55	28.5	100.0
	Total	193	100.0	100.0



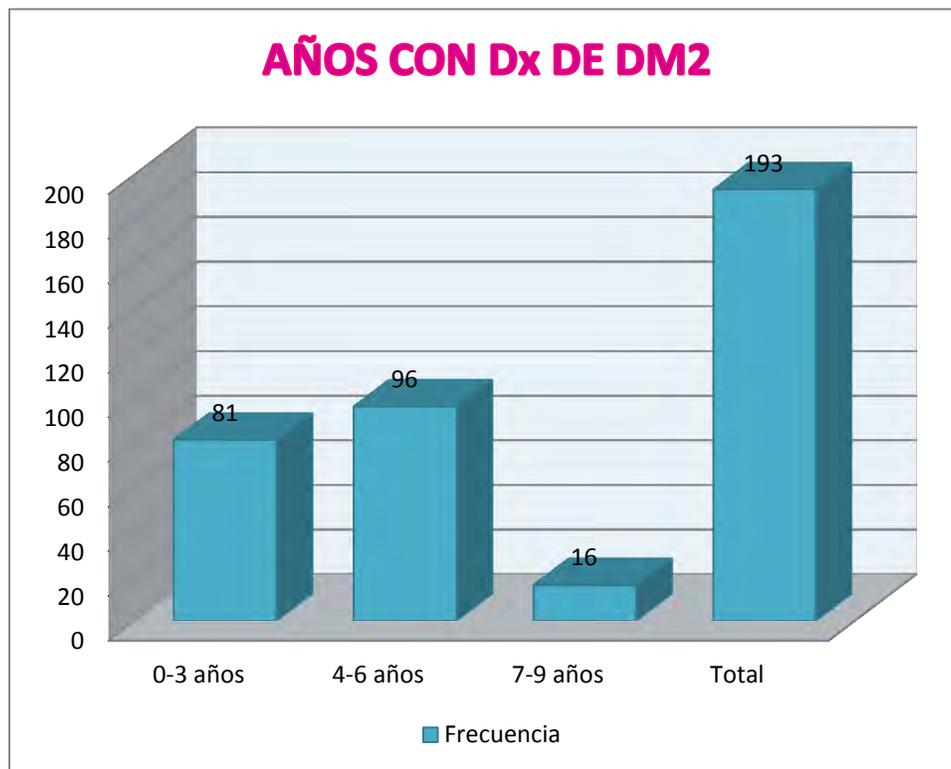
## Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Católica	168	87.0	87.0
	Testigo de Jehová	13	6.7	93.8
	Cristiana	12	6.2	100.0
	Total	193	100.0	100.0



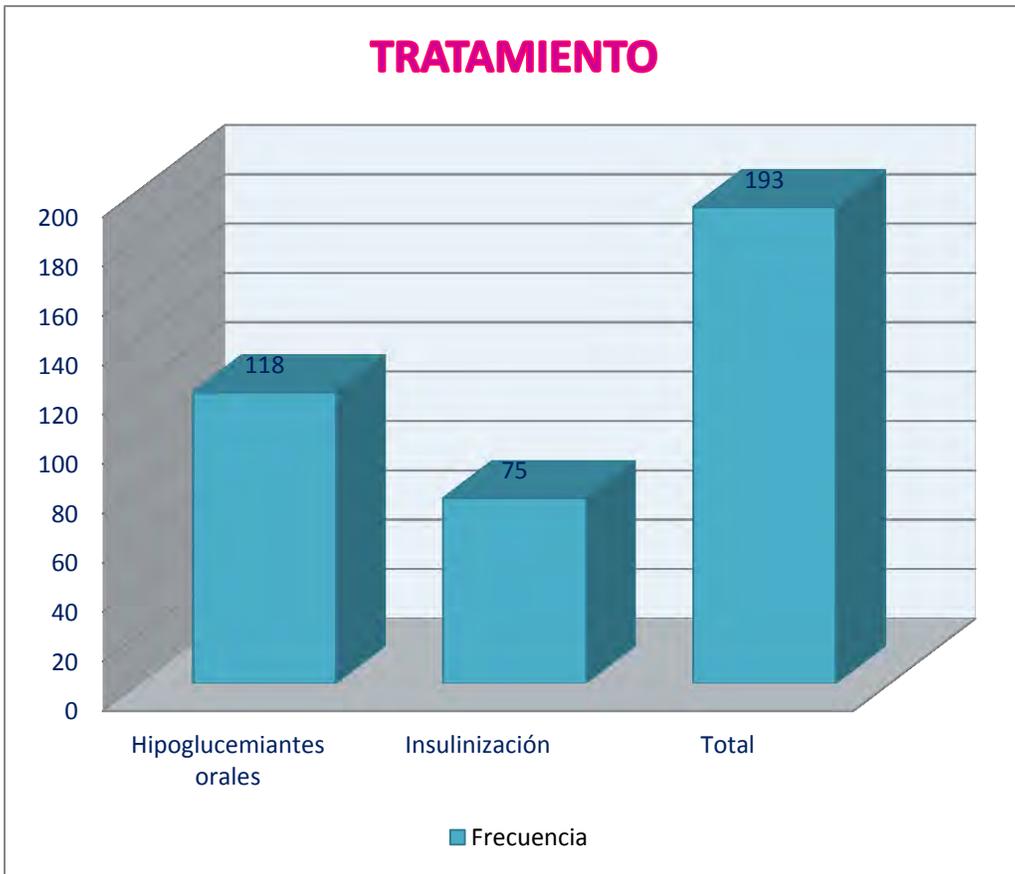
## Años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-3 años	81	42.0	42.0
	4-6 años	96	49.7	91.7
	7-9 años	16	8.3	100.0
	Total	193	100.0	100.0



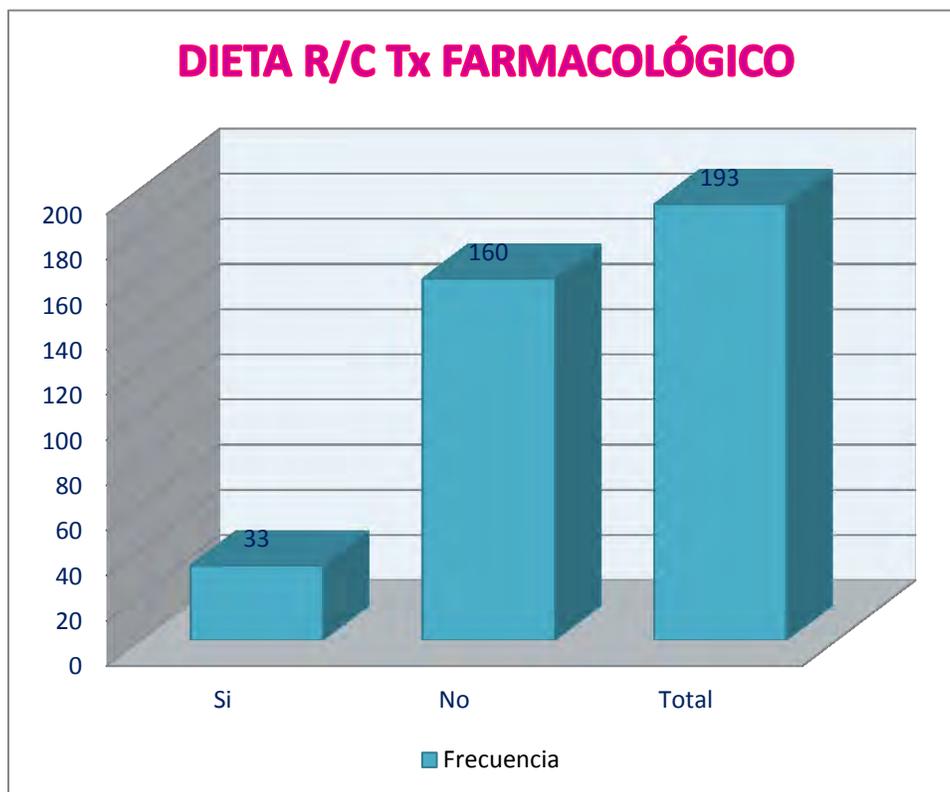
## Tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hipoglucemiantes orales	118	61.1	61.1	61.1
Válidos Insulinización	75	38.9	38.9	100.0
Total	193	100.0	100.0	



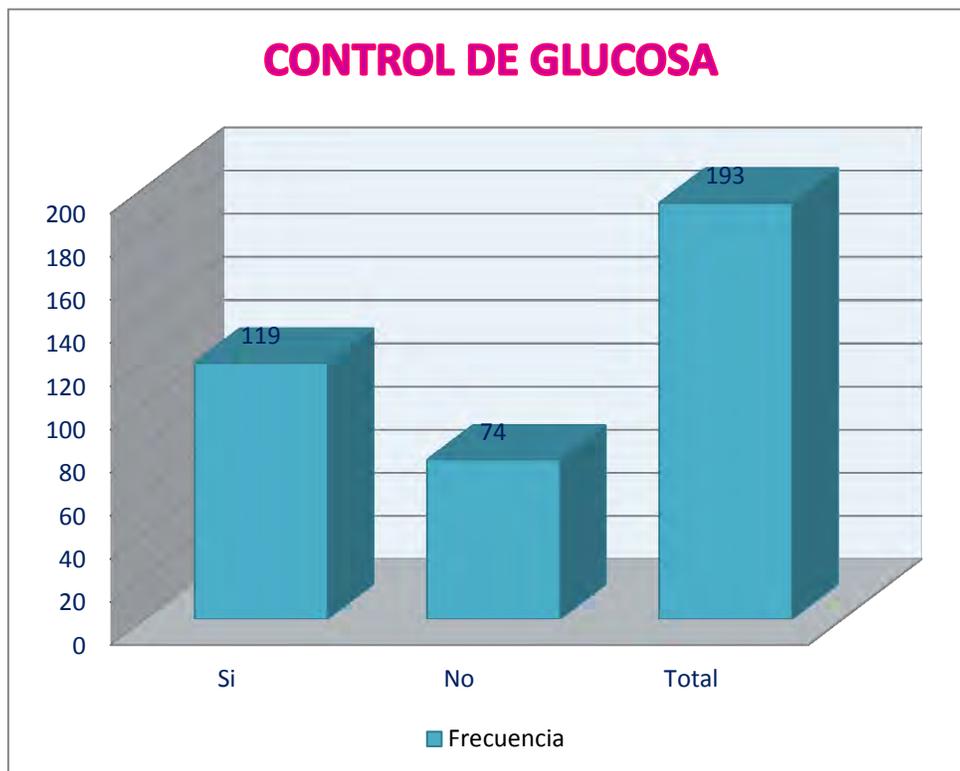
## Realiza una dieta en colaboración con su tratamiento farmacológico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	33	17.1	17.1	17.1
	No	160	82.9	82.9	100.0
	Total	193	100.0	100.0	



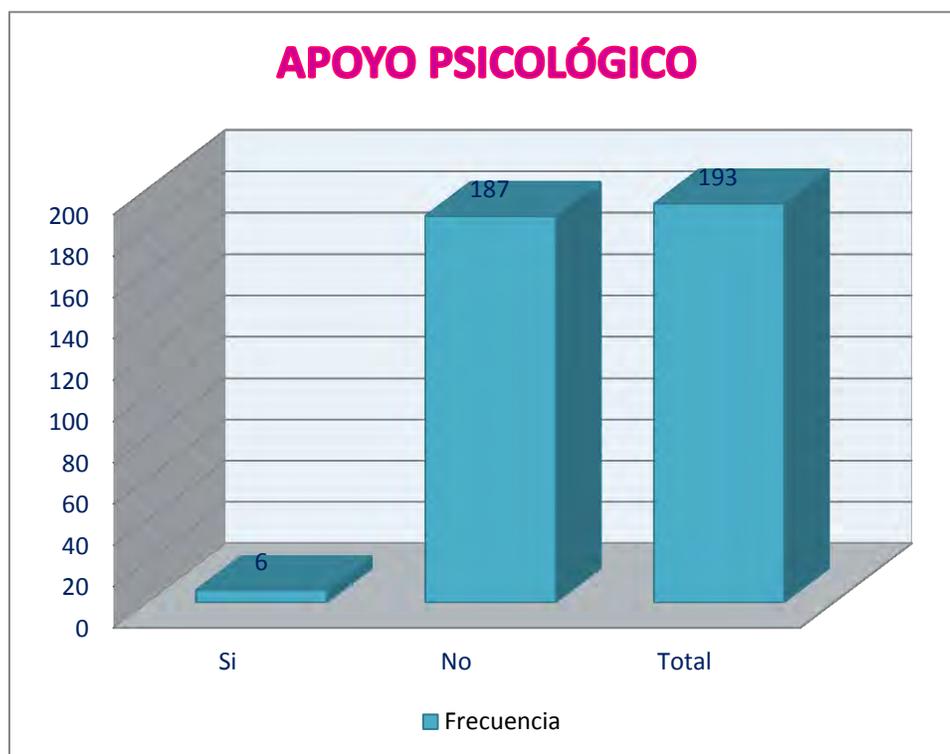
## Lleva a cabo un control de glucosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	119	61.7	61.7	61.7
	No	74	38.3	38.3	100.0
	Total	193	100.0	100.0	



## Recibe apoyo psicológico independientemente de los medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	6	3.1	3.1	3.1
	No	187	96.9	96.9	100.0
	Total	193	100.0	100.0	



Comparándose con otras personas de su edad, usted diría que su salud es

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
buena	83	43.0	43.0	43.0
Válidos regular	110	57.0	57.0	100.0
Total	193	100.0	100.0	

