



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 EN LA U.M.F. No
33. GRAJALES, PUEBLA"

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MARIA ISABEL ERNESTINA HERNANDEZ ANGEL

TUTOR PRINCIPAL:
DR. SANTIAGO OSCAR PAZARAN ZANELLA (IMSS)

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DR. JOSE PEDRO LOPEZ MORA (IMSS)

México, D. F. ENERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

2.- Índice General

| | |
|--|----|
| 1.- Título | 1 |
| 2.- Índice general | 4 |
| 3.- Marco Teórico | 5 |
| 4.- Planteamiento del problema | 17 |
| 5.- Justificación | 18 |
| 6.- Objetivos | 19 |
| -General | 19 |
| -Específicos | 19 |
| 7.- Hipótesis | 19 |
| 8.-Metodología | 20 |
| -Tipo de estudio | 20 |
| -Población, lugar y tiempo de estudio | 20 |
| -Tipo de muestra y tamaño de la muestra | 20 |
| -Criterios de exclusión y de eliminación | 21 |
| -Información a recolectar (variables) | 22 |
| -Método o procedimiento para captar la información | 24 |
| -Consideraciones éticas | 25 |
| 9.- Resultados | 27 |
| -Descripción | 27 |
| -Tablas y gráficas | 27 |
| 10.- Discusión | 30 |
| 11.-Conclusiones | 32 |
| 12.- Referencias bibliográficas | 33 |
| 13.- Anexos | 36 |

3.- MARCO TEORICO

ANTECEDENTES GENERALES.

El estudio del concepto de calidad de vida comenzó en la década de 1960, reservado a problemas con el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida urbana. Este interés por medir aspectos sobre el bienestar social de una población aparece ligado a factores como el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, el entorno social y su influencia correspondiente en el desarrollo de determinado grupo poblacional.

Calidad de vida es un concepto relativo que depende de cada grupo social y de lo que éste defina como su situación ideal de bienestar por su acceso a un conjunto de bienes y servicios, así como el ejercicio de sus derechos y el respeto de sus valores.¹

La utilización del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, es relativamente reciente, con un gran aumento de su utilización en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Es cada vez más frecuente su inclusión en los ensayos clínicos y en la investigación clínica. Las razones de este incremento son múltiples, pero ha sido fundamental su utilización por los servicios sanitarios como medida de resultado, en detrimento de los indicadores clínicos tradicionales. Además, poco a poco también se está introduciendo en la práctica clínica.²

La Organización Mundial de la Salud ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la calidad de vida del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y la relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. El concepto se construyó teniendo en cuenta la recomendación de la OMS de incluir aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales en las investigaciones que aborden temática: por esta razón, se entendió la calidad de vida como un fenómeno social completo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y solo se pueden mirar a través de los interesados).³

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general (CV). Frecuentemente la calidad de vida relacionada con la salud –CVRS– es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades.

Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la CV debe ser diferenciada de la CVRS debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes.

Algunos acuerdos entre diversos investigadores han significado un gran aporte al desarrollo del concepto, en especial en su medición, como lo son por ejemplo los planteados por el grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud , al sugerir algunas características que definirían a la CV: a) es subjetiva; b) es multidimensional; c) incluye tanto funcionamiento positivos como dimensiones negativas.⁴

Se define como calidad de vida “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero adecuada definición americana “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”. Desde tiempos remotos, en la relación médico-paciente había unas valoraciones subjetivas, tanto del médico como del paciente, sobre la pérdida de salud por una enfermedad y sobre la mejoría de una determinada actuación terapéutica.⁵

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con

las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo. La situación económica y el sufrimiento familiar. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.⁶

Respecto a la CV, esta representa un constructo multidimensional y dinámico, en un inicio evaluado desde situaciones objetivas como indicadores metabólicos y funcionalidad física, y que en la actualidad incluye la valoración subjetiva del nivel de bienestar de un individuo. Desde esta perspectiva, se puede definir como "la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". La CV, asociada al sentimiento de bienestar, plenitud y felicidad o el vivir bien, se ha convertido en una preocupación cada día mayor, en grupos de investigadores con una visión más integral de la salud.⁷

La diabetes mellitus ha mostrado en los últimos años un incremento en su prevalencia que ha alcanzado dimensiones epidémicas tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo. 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), llegando a 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. Además 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(5); entonces se puede ratificar que esta afección constituye, cada vez más, un importante problema de salud.⁸

Diabetes mellitus: grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina, en la acción insulínica, o en ambas.

Clasificación etiológica:

1. Diabetes tipo 1:

- a). Inmunomediada
- b). Idiopática.

2. Diabetes tipo 2:

3. Otros específicos:

- a) Defectos genéticos en la función de la célula B
 - b) Defectos genéticos de la acción de la insulina
 - c) Enfermedades del páncreas exocrino
 - d) Endocrinopatías
 - e) Inducida por tóxicos o agentes químicos
 - f) Infecciones, formas no comunes de diabetes inmunomediadas
 - g) Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes.
4. Diabetes mellitus gestacional:

La diabetes mellitus, por lo tanto, es contemplada como un problema de salud pública, que establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial perdidos a consecuencia de complicaciones crónicas o de la mortalidad.⁹

La calidad de vida entendida como la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales y factores externos, en los pacientes con DM2 se ve afectada tanto por la evolución de la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento, además provoca en el individuo un desequilibrio en la homeostasis familiar que se manifiesta por rechazo de los familiares hacia el paciente, altera la dinámica familiar, origina exclusión, aislamiento y depresión, lo que evita que los sujetos mantengan un control adecuado sobre la enfermedad.¹⁰

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), es la primera causa de consulta de especialidades, la segunda causa de consulta en medicina familiar y la causa más importante de pensión por invalidez en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los enfermos presentan complicaciones macro y microvasculares, cuando no

existe buen control, afecta tanto la funcionalidad, física, psicológica, social y calidad de vida.¹¹

El impacto de las enfermedades crónicas y sus tratamientos tradicionalmente se han evaluado en términos de morbilidad y mortalidad, sin embargo, en los últimos años se ha despertado el interés de los clínicos e investigadores por evaluar la calidad de vida de las personas. Debido a que esta es una importante variable de resultado de las intervenciones del cuidado de la salud. Por otra parte, la CV es un elemento considerado en la toma de decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de salud y asignación de recursos para el sistema de salud.

La Diabetes Mellitus tipo 2(DM2) es una enfermedad que afecta la calidad de vida de las personas, dado a que el tipo de tratamiento a que se someten es de por vida, además de las complicaciones que genera.¹²

Investigaciones previas apuntan a que la DM tipo 2 es un factor que afecta negativamente a la percepción de la CVRS en los pacientes diabéticos tipo 2. La necesidad de insulino terapia o la disminución en la esperanza de vida debido a las complicaciones que acarrea esta patología pueden afectar negativamente en la percepción de la CVRS.¹³

En consecuencia la Diabetes Mellitus no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a las personas con diabetes y las del sistema social y de atención la salud en México. En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas, lo que puede llevar a mantener una percepción favorable sobre su salud y su vida.¹⁴

La perspectiva futura señala que se mantendrá la tendencia al incremento de la prevalencia e incidencia en la enfermedad, teniendo como factor de riesgo a la obesidad asociada al aumento de índice de masa corporal y a la edad; los pacientes viven en promedio 20 años con la enfermedad, la cual con el transcurso del tiempo y el bajo control metabólico, ocasiona estragos en la salud física y con

ello, disminuye considerablemente la calidad de vida del paciente. Como enfermedad crónica se presenta con graves desenlaces, entre los que sobresalen: insuficiencia renal crónica, daño cardiovascular, ceguera resultante de la retinopatía diabética, neuropatía, invalidez y en el peor de los casos, muerte prematura. No obstante, la DM, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática, factores psicosociales como la calidad de vida (CV) de los pacientes.¹⁵

La diabetes mellitus representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, está considerada un problema de salud pública por las altas tasas de mortalidad, la repercusión en la calidad de vida y las complicaciones e incapacidades.¹⁶

Concomitantemente, el gasto originado por las complicaciones de la DM2 es tres veces superior al de su tratamiento y control, principalmente el ocasionado por la vasculopatía diabética. El nivel educativo bajo de los pacientes con DM2 se ha correlacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico. Diversas investigaciones han demostrado que dentro del ajuste al tratamiento, los pacientes pasan por diversos periodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas, físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales. Lo anterior repercute indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2.¹⁷

Los profesionales de la salud tienen el deber de monitorizar el control de la diabetes para asegurar que la efectividad del tratamiento prescrito alcanza su potencial. Si el tratamiento óptimo es usado correctamente por los pacientes, deberían alcanzar un mejor control glucémico, que no necesariamente implica que existirá un aumento en la calidad de vida del paciente. Aun así, cualquier objetivo debe ser periódicamente evaluado para guiar a los facultativos a apuntar mejor sus intervenciones para mejor beneficio del paciente.¹⁸

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).¹⁹

El amplio carácter invasivo, representado por muchos síntomas de estos padecimientos, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.²⁰

La mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa el objetivo último de todas las intervenciones sanitarias en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM). Tanto los síntomas de la propia enfermedad como los de sus complicaciones, y por supuesto las enfermedades asociadas, deterioran de forma significativa su capacidad funcional y su sensación de bienestar; además el impacto emocional y social de la DM es muy importante y puede causar alteraciones psicológicas graves.²¹

El cuestionario Diabetes 39 se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. Este instrumento fue seleccionado para su validación en México debido a que es multidimensional y cubre aspectos de bienestar psicológico y funcionamiento social, entre otros (algunos instrumentos específicos son unidimensionales o se diseñaron para aplicarse exclusivamente en pacientes con alguno de los dos tipos de diabetes); es un cuestionario que se centra en los pacientes diabéticos y en cuya elaboración participaron expertos de diversas disciplinas, así como sujetos con esta enfermedad, además de que es relativamente corto, de autoadministración y durante su construcción demostró tener elevada consistencia interna, así como validez de contenido y criterio (fue comparado con el cuestionario Short Form-36 Health Survey [SF-36], que se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes con diabetes).²²

Mantener un nivel de bienestar padeciendo la Diabetes Mellitus tipo 2 requiere llevar a cabo una serie de acciones; el plan de manejo debe incluir el establecimiento de metas de tratamiento (farmacológico, no farmacológico), entre

los que se incluyen un plan de alimentación adecuado, el ejercicio físico y control de peso, el automonitoreo y la vigilancia de complicaciones.²³

Otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor "consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa"²⁴

No obstante, aunque deteriorada, la calidad de vida en los pacientes diabéticos es más favorable que en pacientes con otras enfermedades crónicas . Se ha encontrado que la duración y el tipo de diabetes no se asocian constantemente con la calidad de vida, y que a diferencia de otras enfermedades de este tipo, el tratamiento intensivo no deteriora la calidad de vida, es decir, un mejor control de la glicemia se asocia a una calidad de vida más favorable. En este tipo de trastorno, son las complicaciones de la diabetes el determinante más específico de la calidad de vida.²⁵

Los costos económicos asociados representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes y sus familias.

Diferentes estudios han demostrado los beneficios reales de los programas educativos en diabetes, y se ha constatado que la educación no mejora únicamente los conocimientos y la toma de decisiones, sino que, además, reduce el costo sanitario y social de la enfermedad.

Se ha demostrado que las intervenciones más complejas presentan una mayor probabilidad de tener efectos positivos en el tratamiento y en los resultados clínicos.²⁶

Cuestionario EQ-5. Está diseñado para administrarse por correo, pero se ha aplicado de forma autoadministrada en presencia de un entrevistador. Consta de cuatro partes: Primera: descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar y ansiedad / depresión). El entrevistado debe elegir para cada una de ellas entre tres niveles de gravedad ("sin problemas", "algunos / moderados problemas" y "muchos problemas") que describan su estado de salud "en el día de hoy". Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con estos datos se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada). Cada uno de los componentes de este número puede adoptar, por tanto, los valores 1, 2 ó 3. Con este sistema se pueden codificar 243 estados teóricos de salud distintos (combinaciones de 3x3x3x3x3). Con estos datos se puede elaborar el perfil de los encuestados, ya sea a través del tiempo para un único individuo, como transversalmente para un grupo. Los estados de salud pueden transformarse en un "valor índice" o "tarifa" para conseguir una cuantificación de los mismos. Segunda parte: es una escala visual analógica (EVA), vertical de 20 cm. de longitud, graduada de 0 a 100 y con los rótulos "peor estado de salud imaginable" y "mejor estado de salud imaginable" en las puntuaciones 0 y 100, respectivamente.¹³

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Los formatos más empleados para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (SF-36, WHOQOL-100, EUROQOL-5D y ESCARVIRS) intentan explorar las dimensiones físicas, psicológicas y sociales. El WHOQOL-100 integra seis dominios (física, psicológica, independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad), así como una evaluación de la calidad de vida global emitida por el propio paciente. En el SF-36 y el ESCARVIRS no se incluyen los aspectos de medioambiente, de espiritualidad ni la emisión de la percepción global de calidad de vida señalada por cada persona. El EUROQOL-5D tampoco incluye los aspectos de relaciones sociales, medio ambiente ni espiritualidad y sí considera un indicador global de calidad de vida.¹

En un estudio realizado observacional, transversal y comparativo, en 261 pacientes, en cuatro Centros de Salud, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, se utilizó el cuestionario el EuroQOL D-5. En los resultados se encontraron que existieron diferencias en sexo en quienes trabajan, con 65% hombres, y en quienes no trabajan con 17% ($p=0.00$); la edad también mantuvo diferencias en ambos grupos, 54 vs. 56 años (0.00). La escolaridad no mostro diferencias y predominó la de nivel básico en ambos grupos; en estado civil, solo hubo diferencia entre los viudos, siendo mayor el porcentaje en los que no trabajan (11% vs. 20%) ($p=0.05$). En la evaluación de CV el promedio de calificación de la EVA fue mayor en quienes tienen trabajo (73 vs. 70 puntos) ($p=0.02$). Separando por dimensiones solo en la dimensión ansiedad/depresión encontramos diferencias estadísticas relacionadas con el trabajo ($p=0.03$), con una OR 1.72 (1.02-2.93, IC 95%), lo que sugiere mayor ansiedad/depresión en quienes no tienen trabajo (61% vs. 48%).⁷

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 148 pacientes diabéticos tipo 2 que en el Centro de Atención y Educación al Diabético en el período comprendido entre diciembre del 2006 y febrero del 2007, en Cuba. Para medir la CV se aplicó el cuestionario perfil de calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC). En los resultados se reporta un predominio del sexo femenino (66, 8 %) con respecto al masculino (33,1 %). La mayoría de los pacientes se ubicó en los grupos de edades entre 40 y 69 años, destacándose el grupo de pacientes diabéticos que integran el grupo de 50 a 59 años (37,2 %). Existe un mayor número de pacientes evaluados nutricionalmente como pre – obesos (86 pacientes para 58,12 %) y con cierta disminución de su CV; la cual disminuye a medida que aparece y se incrementa la obesidad en estos. La autopercepción de la CV en los pacientes diabéticos tipo 2, según lo recogido en investigaciones realizadas, se ve afectada negativamente. Esta alteración en la CV, se ha valorado con diferentes cuestionarios y en diferentes poblaciones de pacientes diabéticos, haciendo hincapié en la presencia de complicaciones fundamentalmente. Los pacientes diabéticos tipo 2 tienen una peor percepción en su CV, sobre todo en los conceptos de salud "función física", "salud general", "función social" y "rol emocional".⁸

Se realizó un estudio de casos y controles en 36 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar 24 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tepic, Nayarit. Se evaluó la calidad de vida con las Viñetas COOP-WONCA, como conclusiones.

Los pacientes diabéticos tipo 2 que cuentan con redes de apoyo familiar y tienen mayor calidad de vida, el apoyo lo recibieron de sus esposas y de sus hijas, mencionando que las mujeres son las que menor apoyo tienen.

De acuerdo a lo observado en los pacientes, en su mayoría asistieron a la consulta sin acompañante enfrentando las dificultades que implica desde la salida de casa hasta la llegada a la unidad médica de atención; además la dificultad para entender las indicaciones médicas, que posiblemente influyen

en el mal control de la diabetes y en la deficiente calidad de vida. Por lo que se hace necesario que el personal del área de la salud promueva el apoyo familiar de los pacientes diabéticos para que éstos logren un mejor control de la enfermedad.

9

En estudio realizado en 50 adultos con diabetes mellitus 2 que acudieron al Programa de Atención de la Diabetes en el Centro de Salud Regional de Capacitación No.1.Tierra Colorada en Villahermosa, Tabasco, descriptivo. La muestra fueron 50 adultos.

Diagnosticados con DMT2. Se aplicó el instrumento Diabetes 39 diseñado por Boyer 2006 para medir la Calidad de vida de pacientes con DMT2. Se encontró un promedio de edad 48.88 años (DE=9.22; 24-59), 60% del sexo femenino y 40% del sexo masculino. El promedio de años de diagnóstico con DMT2 fue de 6.22 años (DE= 3.79; 1-15). 26% tiene antecedentes maternos de DMT2. 50% (n = 25) de los participantes presentaron mala calidad de vida en lo referente al control de la diabetes y ansiedad- preocupación.

Los sujetos del sexo masculino mostraron una mejor calidad de vida respecto de las mujeres.¹⁰

En un estudio observacional transversal en la Comunidad Foral Navarra (12.200 habitantes). Selección mediante muestreo aleatorio simple (n=95) del universo de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 de nuestra zona básica de salud (n=655). La Calidad de vida relacionada con la salud fue valorada con los cuestionarios genéricos SF-36 y EQ-5D. Los pacientes diabéticos tienen una tendencia a presentar resultados inferiores a la población general en los siguientes conceptos de salud del SF-36: "Función Física" (76,6 ± 27,2 DE), "Dolor Corporal" (73,7 ± 26,2 DE), "Salud General" (54,7 ± 22,4 DE), "Función Social" (84,2 ± 21,7 DE), "Rol Emocional" (84,7 ± 28,9 DE). Comparando los datos con la población general >60 años, sólo dos conceptos de salud –"Salud General" y "Rol Emocional"– están igualados a los valores de referencia. Respecto a las tasas de

respondedores a algún problema en las dimensiones del EQ-5D, destaca la dimensión "Ansiedad/Depresión" con un 43%. El valor de la escala visual analógica en los pacientes diabéticos es de 64,6.¹³

En un estudio comparativo, con una muestra no probabilística, en 50 personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y 100 sin diabetes (NoDM2), edades de 45 a 65 años, usando el cuestionario EuroQol-D5 para la Calidad de Vida y Escala Visual Análoga (EVA) para evaluación del estado de salud, aplicaron examen unitario análisis unitario usando Ji2 con programa SPSS 10.0, significancia $p < 0.05$. Los resultados fueron edad de la muestra 54.2 ± 5.64 años, 59 % sexo femenino, 68 % con pareja, escolaridad $6.3 + 3.6$ años, mayor en los NoDM2 ($p < 0.05$). Valoración personal de Salud (EVA) califico inferior en NoDM2 (69.8 vs 73.9 $p = 0.00$). De 20 a 40 % de ambos grupos, perciben problemas en las cinco dimensiones de CV, principalmente en ansiedad/depresión.¹⁵

Se realizó un estudio transversal en 208 pacientes (que acudieron a la atención primaria) con el objetivo de identificar diferencias en los hábitos saludables y en la percepción de salud de los enfermos diagnosticados como diabéticos y en los no diabéticos, de los cuales 89 son portadores de diabetes mellitus tipo II con más de un año de diagnosticado. Se evaluaron variables epidemiológicas, hábitos saludables y calidad de vida con el instrumento de EuroQol-5D (alfa de Cronbach de 76). Se registraron variables sociodemográficas y actividades cotidianas. El 66,3% de los pacientes correspondieron a mujeres con diabetes; el 74,3% tenían pareja; la edad media fue de 54,76; solo el 31,5% de los diabéticos y el 29,4% de los no diabéticos mantenían una actividad remunerada. La presencia de problemas por dimensiones fue en movilidad por encima del 50%, el porcentaje en diabéticos fue más elevado, con una mayor diferencia en la dimensión de ansiedad-depresión; el 94,4% de los diabéticos y 68% de los no diabéticos tenían problemas. El valor medio de la escala visual análoga medido por el EuroQol fue de 68,17. Sólo el 25,8% de pacientes diabéticos y el 15,1% no diabéticos no fumaba. Se concluyó que la autopercepción de la salud no estuvo asociada al estado de ser diabéticos o no, ni tampoco en la relación con los hábitos saludables. La presencia de una mala percepción de salud por la población de estudio, está asociado a otros factores como la edad y la educación.²⁸

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida de los pacientes enfermos de diabetes mellitus 2, es percibida como una situación totalmente diferente a la que antecedió antes de enfermarse, modificando radicalmente su estilo de vida, aunado a una obstinación en muchos de los casos de aceptar la enfermedad.

La Diabetes Mellitus 2 afecta en la actualidad a un porcentaje importante de la población económica activa, alterando su desempeño laboral y por otro lado también repercute en los que no son económicamente activos; en ambas situaciones ocasiona cambios en la percepción de la calidad de vida, en un contexto socioeconómico no bien conceptualizado por los pacientes, tanto antes como durante la evolución del padecimiento.

La enfermedad es por sí misma, factor de riesgo en la percepción de la calidad de vida, en particular en el grupo de hombres, ya que se ha observado mayor ocurrencia de cambios conductuales y mentales como neurosis depresiva y empleo de mecanismos de defensa; pudiendo prevenirse complicaciones derivadas de la mala percepción de los pacientes que viven con su enfermedad.

El ignorar, tanto por el paciente como por el personal médico de la calidad de vida presente, evitaría el mayor uso de los servicios de atención a la salud y mejoraría el manejo integral por el equipo de atención a la salud.

Por lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Calidad de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus 2 en la U.M.F No.33 Grajales, Puebla. ?

5. JUSTIFICACION

En el contexto de salud en México, la transición demográfica y epidemiológica muestra una realidad ineludible, en particular la situación de la población de pacientes con diabetes mellitus 2 que ocupa por su frecuencia o motivo de atención el segundo lugar en el Primer Nivel de Atención del IMSS.

Esa población requiere de atención en los tres niveles de atención, erogándose recursos económicos elevados, ya que en su mayoría son para atender complicaciones crónicas de la enfermedad; pie diabético, nefropatía insuficiencia renal crónica, retinopatía, neuropatía periférica motora, sensorial, mixta, visceral, autonómica, cardiopatía coronaria, etc. Todas las anteriores afectan su calidad de vida que de por sí percibida como "habitual o normal" en el contexto socioeconómico de pobreza que prevalece en México, pareciera como si los pacientes diabéticos no tienen puntos de referencia para percibir lo que es una verdadera calidad de vida.

Ante esta situación prevalece, la calidad de vida es entendida como la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales y factores externos, que en los pacientes con diabetes mellitus 2 se ve afectada tanto por la evolución de la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento, además provoca en el individuo un desequilibrio en la homeostasis familiar que se manifiesta por rechazo de los familiares hacia el paciente, altera la dinámica familiar, origina exclusión, aislamiento y depresión, lo que evita que los sujetos mantengan un control adecuado sobre la enfermedad.

La relevancia de estudiar y evaluar la calidad de vida en los pacientes de diabetes mellitus 2 está en que utilizando instrumento(s) adecuado(s) para medirla en población mexicana, nos puede detectar los aspectos que pueden ser atendidos y corregidos en la medida de lo posible por el médico de primer contacto, quién podrá desempeñar su trabajo con más profesionalismo y científicidad.

En el presente proyecto de investigación se pretende determinar la percepción sobre la calidad de vida que tienen los pacientes diabéticos, residentes de una comunidad rural del estado de Puebla.

Lo anterior para realizar acciones de promoción para el cuidado de la salud y de protección específica, que permitan cambiar la percepción negativa de la calidad de vida en ellos y de manera sistemática tratar de convencerlos de que es posible vivir con calidad de vida a pesar de las circunstancias socioeconómicas que viven.

6.- OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL.

Determinar la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en la U.M. F. No. 33 Grajales, Puebla.

- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar a pacientes que acuden a consulta externa con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 en la U.M. F. No. 33 Grajales, Puebla y en ellos:

- Se identificó la edad.
- Se identificó el sexo.
- Se identificó el estado civil.
- Se identificó la escolaridad.
- Se identificó la ocupación.
- Se identificó la Calidad de Vida.

7.- HIPÓTESIS

No necesaria por ser un estudio descriptivo.

8. METODOLOGIA

-TIPO DE ESTUDIO:

Es descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

-POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Grajales, Puebla. Del 1º. De junio 2011 al 31 de agosto del 2011.

-TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una selección de muestra de tipo no probabilístico. Participaron en el estudio 50 pacientes con Diabetes Mellitus 2 que asistieron a la consulta externa en la U. M. F. no 33 Grajales, Puebla. El tamaño de la muestra se determinó en base a que cumplieron con los criterios de selección.

Para evaluar la calidad de vida se aplicó la encuesta basada en el EuroQOLD- 5 que es un cuestionario estandarizado de calidad de vida relacionada con la salud, describe el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión, cada una de las cuales se divide en tres niveles de gravedad. También consta de una escala visual analógica milimetrada, siendo el peor estado imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100).

Durante el horario de espera a consulta, se aplicó primero la encuesta con datos socio demográfico como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación posteriormente el instrumento EuroQol 5D. Al igual que otros autores (31,32), se consideró mal estado percibido de salud cuando la persona encuestada contestó que su estado de salud era regular, malo o muy malo; mala calidad de vida en el EuroQol, cuando la persona encuestada presentaba algunos o muchos problemas en cualquiera de sus dimensiones.

Agrupadas en dicotómicas (si tengo problemas o no tengo problemas); cuando la persona contestaba que lo hacían muy poco o nunca se agrupó en cero como “si tengo problemas ” y frecuentemente en uno “no tengo problemas ”.

A los sujetos encuestados, se les explicó el motivo del estudio y la libertad que tenían de participar o no, se respetó su confidencialidad y se solicitó su consentimiento de forma escrita.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el programa estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 18.0, se aplicó de acuerdo con el tipo de variables, así como estadísticos inferenciales, Chi2 .

Criterios de inclusión:

Pacientes que acudieron a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 Grajales, Puebla. Con diabetes mellitus 2, que aceptaron participar en el estudio, y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que acudieron a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No 33 Grajales, Puebla. Con diabetes mellitus 2 , que no aceptaron participar en el estudio, y que no firmaron el consentimiento informado.

Con criterios de eliminación:

Pacientes con diabetes mellitus 2 en la U. M. F. No. 33 Grajales, Puebla que hayan tenido cambios de adscripción a otra U.M.F. o que hayan causado baja en la vigencia. Así como pacientes con diabetes mellitus 2 en la U. M. F. No. 33 Grajales, Puebla que hayan firmado el consentimiento informado, pero ya no desearon participar en el estudio

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES A RECOLECTAR)

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

EDAD: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta el momento del estudio.

SEXO: En la mayoría de las especies, los miembros pueden dividirse en dos grupos diferenciados por su sexo o género. Por lo general, existen dos sexos: en la especie humana se utilizan preferentemente los términos masculino y femenino. Esta distinción depende del órgano sexual del individuo, distinto para cada género.

ESTADO CIVIL: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco que tenga los pacientes en estudio.

ESCOLARIDAD: es el nivel máximo de estudios que tiene los pacientes en estudio.

OCUPACION: empleo u oficio. Es la actividad a la que se dedican los pacientes en estudio.

CALIDAD DE VIDA: Es la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

EDAD: La edad cumplida en años que refiere el paciente con diabetes mellitus 2 en el cuestionario.

SEXO: El que indique el paciente con diabetes mellitus 2 en el cuestionario.

ESTADO CIVIL: situación que indique el paciente con diabetes mellitus 2 en el cuestionario.

ESCOLARIDAD; es el nivel máximo de estudios que indica el pacientes con diabetes mellitus 2 en el cuestionario.

OCUPACION: Es la actividad que indica el paciente con diabetes mellitus 2 en el cuestionario.

VARIABLES Y ESTILO DE MEDICION

| VARIABLE | TIPO DE MEDICION | | VALOR O RANGO |
|-----------------|------------------|----------|--|
| Edad | Cuantitativa | Discreta | La edad en años cumplidos que indique el paciente en el cuestionario |
| Sexo | Cualitativa | nominal | Masculino femenino |
| Estado Civil. | Cualitativa | Nominal | La que indique en la encuesta: Soltero, Casado, Unión libre, Viudo, Divorciado |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | La que indique en el cuestionario: Hogar, Campesina, Obrera, Empleada, Comerciante, Jubilada, Desempleado, Otros |
| Escolaridad | Cualitativa | Ordinal | La que indique en la encuesta: Analfabeta Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta. Secundaria Completa. Preparatoria Incompleta, Preparatoria Completa, Licenciatura Incompleta, Licenciatura Completa. |
| CALIDAD DE VIDA | Cualitativa | NOMINAL | DE ACUERDO AL EuroQOL-05 (ANEXO 4) 1 bajo 2 medio 3 alto 0 Peor estado de salud Imaginable. 100 Mejor estado de salud imaginable. |

- METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se solicitó la autorización a las autoridades directivas de la Unidad sede del estudio.

Una vez hecha la validación al cuestionario, se procedió a identificar a los pacientes con diabetes mellitus 2 que acudieron a la consulta externa, que reunieron los criterios de inclusión.

Se solicitó a los participantes leer y firmar el consentimiento informado, se aplicó el cuestionario en forma dirigida por el investigador, en un tiempo estimado de 7 a 10 minutos para obtener la información respectiva.

Se realizó una prueba piloto para corregir errores.

Para la validación del contenido del formato de recolección de la información se realizó por medio de la revisión y aceptación por el Profesor Titular y por el Coordinador de Educación en Salud de la Unidad sede.

Posteriormente se vació la información recolectada en una hoja de concentración de datos, el procesamiento y análisis de los datos se realizó con el programa estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 18, se aplicó de acuerdo con el tipo de variables, variabilidad y asociación, así como estadísticos inferenciales ,Chi2.

CONSIDERACIONES ETICAS

Bioética se define como: Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la "Declaración de Helsinki", la cual ha sido sujeta a revisión de la misma Asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y en Edimburgo, Escocia en 2000.

En 1994 en México, el Hospital Medica Sur editó y difundió su Código de Ética que incluye como principales preceptos: La beneficencia y la no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto el secreto profesional, la capacitación del médico y la medicina defensiva.

En 1998 el Comité de Ética del American Collage of Physicians emitió la cuarta edición de su Manual de Ética, en el cuál se definen los preceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica de sus miembros.

En 1998 la Word Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las "Orientaciones Éticas para una Buena Practica Neuroquirurgica" con a participación de la Comisión Nacional de Bioética de México, través del Dr. Manuel Velazco Suárez.

La Comisión de Arbitraje Médico en 2001, presentó 7 Recomendaciones para Mejorar la Practica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético.

En diciembre del 2001, la propia Comisión de Arbitraje Médico, emitió y difundió la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos de nuestro país.

En junio del 2002 en el Hospital se Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI , se editó el Código de Ética, dedicado a la aplicación de los preceptos del propio hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

El Colegio Mexicano de Medicina Familiar A.C. En julio del 2003, con la participación de médicos especialistas en medicina familiar, representantes de instituciones de salud, instituciones educativas y expertos en el tema, elaboraron la primera versión del Código de Bioética de Medicina Familiar.

El código bioético del médico familiar asume que la dimensión moral de la medicina familiar exige del profesional de esta especialidad un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica, como integrantes de una familia y de la sociedad en su conjunto.

La medicina familiar reclama así del profesional su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, al realizar tareas educativas y de investigación bajo la observancia de actitudes morales como el respeto, tolerancia, comprensión y responsabilidad moral, que se sustentan en los principios bioéticos, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como valores fundamentales como la vida digna, la salud, la libertad con responsabilidad y la equidad.

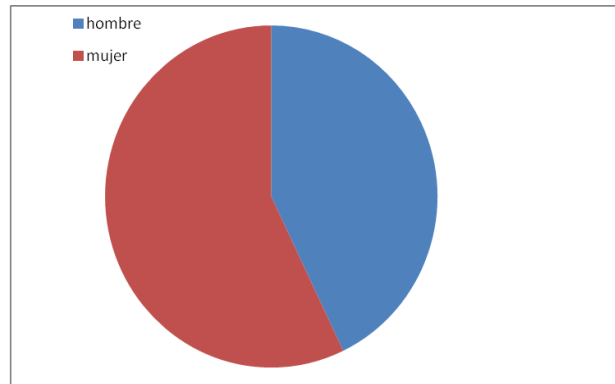
El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad, en el marco de un auténtico humanismo.

En base a lo anterior la realización del presente trabajo se ajusta las Normas Éticas Institucionales, Reglamento de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de experimentación en seres humanos y en el instructivo para la Operación de la Comisión de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, y se realizará hasta que haya sido aprobado por el Comité Local de Investigación.

9.-RESULTADOS

Se estudiaron un total de 50 pacientes diabéticos, de los cuales 29 (58%) corresponde a mujeres y 21 (42%) a hombres

Gráfica 1.-



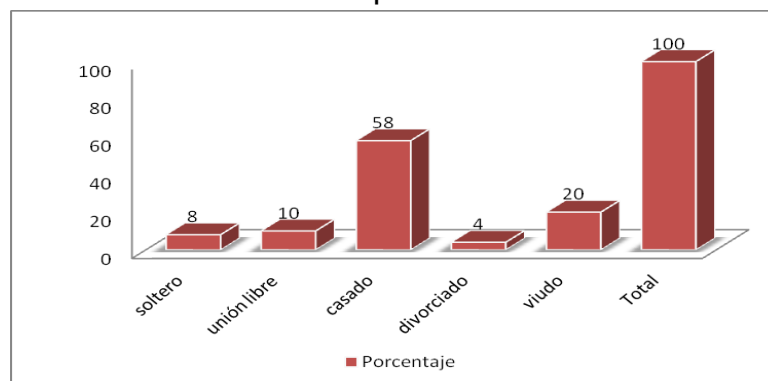
Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus 2 según sexo en la U.M.F. 33 de Grajales, Puebla.

Fuente: Encuesta del trabajo de Tesis.

La media de edad fue de 61.32 años, el valor mínimo de edad fue de 32 años y valor máximo de 84 años, con una desviación estándar de 11.816

En cuanto al estado civil predominó el de casados con un 58 %, el 20 % son viudos, el 10 % están en unión libre, el 8 % son solteros y el 4 % divorciados. (Gráfica 2)

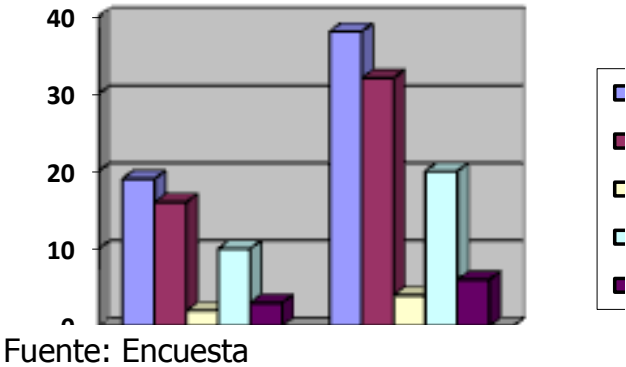
Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil.



Fuente: Encuesta.

Respecto a la ocupación se observó: 19 jubilados (38 %), 16 amas de casa (32%), 10 obreros (20%), 3 comerciantes (6%) y 2 campesinos (4%).
(Gráfica 3)

Gráfica 3. Distribución por frecuencia y porcentual de la ocupación



Referente a la escolaridad 17 son analfabetas (34 %), 23 con primaria incompleta (46%), 7 con primaria completa (14%), secundaria incompleta 1 (2%), secundaria completa 1 (2%) y con universidad 1 (2%). Cuadro 1

Cuadro 1. Distribución de frecuencia y porcentaje de escolaridad.

| Escolaridad | Frecuencia y % |
|-----------------------|----------------|
| analfabeta | 17(34) |
| primaria incompleta | 23(46) |
| primaria completa | 7(14) |
| secundaria incompleta | 1(2) |
| secundaria completa | 1(2) |
| universidad | 1(2) |

Fuente: Encuesta.

La valoración de la puntuación de la Escala Visual Analógica para la muestra se observa una media de 72.52 %. Y mediana de 70%.

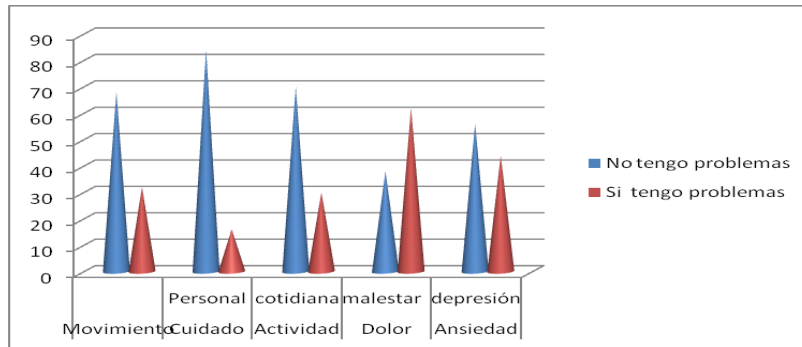
Respecto a los aspectos que afectan la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a las subescalas del instrumento de Calidad de Vida EuroQol 5, en donde refieren problemas son los relacionados a dolor/malestar con un 62 %, ansiedad/ depresión con un 44 %, movimiento 32%, actividad cotidiana 30 % y cuidado personal con un 16 %.

DIMENSION PORCENTUAL EN BASE A LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO
EUROQOL D-5

Cuadro 2.

| Nivel de problema | Movimiento | Cuidado Personal | Actividad cotidiana | Dolor malestar | Ansiedad depresión |
|--------------------|------------|------------------|---------------------|----------------|--------------------|
| No tengo problemas | 68.0 | 84.0 | 70.0 | 38.0 | 56.0 |
| Si tengo problemas | 32.0 | 16.0 | 30.0 | 62.0 | 44.0 |

Gráfica 4



Gráfica 4. Dimensión porcentual en base a las dimensiones del cuestionario EUROQOL-5D.

Se aplicó la Prueba Chi Cuadrada de Pearson, para ver si tiene asociación el sexo con la calidad de vida con resultado de 23 casillas (88.55%) tiene una frecuencia esperada inferior a 5. La p es de .47 Correlación de edad del paciente y escala visual análoga a menor edad menos calidad de vida. Aplicando Ro de Spearman, la correlación es de r: 28, la correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

10.-Discusión

La autopercepción de la calidad de vida en los pacientes diabéticos tipo 2 y según lo recogido en investigaciones previas, está afectada negativamente.

En el 2003, se realizó un estudio en pacientes de la Comunidad Foral de Navarra en 655 pacientes diabéticos se aplicó el instrumento EuroQOL- D5 los resultados obtenidos en esta muestra son: "movilidad": 31.8%, "Cuidado Personal": 9.4%, "Actividades Cotidianas": 22.4%, "Dolor/Malestar": 45.9%, "Ansiedad/Depresión": 43.5%. La media de la puntuación de la Escala Analógica Visual (EVA) fue de 64.6 puntos. ¹³ Comparando los resultados con nuestro estudio encontramos "Movilidad": 32%, "Cuidado Personal": 16%, "Actividades Cotidianas": 30%, "Dolor/Malestar: 62% y "Ansiedad/Depresión": 44%, encontramos que la dimensión más afectada en ambos es "Dolor/Malestar", además en el resto de las dimensiones del EuroQOL-D5 se presentan porcentajes similares. (Aunque ligeramente superiores). En la Escala Visual Analógica nuestro estudio se situó en 72.52

El estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida , pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso de la diabetes mellitus, el conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de la salud y con ello de su calidad de vida.

En el año 2007, se realizó un estudio comparativo en 50 adultos con diabetes tipo 2 y 100 sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara, utilizando el cuestionario EuroQOL D-5 para calidad de vida no se encontró esta pobre percepción de calidad de vida en las personas médicamente enfermas, que probablemente se deba , a que a pesar de la diabetes , las personas se consideran con un buen nivel de calidad de vida. ¹⁵ En nuestro trabajo no se contempla a personas sin diabetes mellitus. Sin embargo,

coincide con los datos reportados en que las personas de mayor edad, independientemente de padecer una enfermedad crónica, parecen sentirse más satisfechas con su calidad de vida.

Otros autores ⁷ consideran que los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador en cada una de las fases de la vida y de la forma en que se les perciba. Así las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de salud se perciben como más sanas que las de menor edad.

Los mayores necesitan para disfrutar de la vida es ser productivos y contribuir activamente en la vida, el crecimiento personal, el tener un propósito en la vida y una meta y la calidad de las relaciones personales, son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar en la vejez, que a la vez impacta su calidad de vida.

En nuestros resultados encontramos que es mayor el porcentaje de empleo remunerado, lo que podría presentar sentimientos de utilidad hacia los demás y en sentido de autoeficiencia.

11.- CONCLUSIONES

La presencia de una pobre calidad de vida se aprecia en casi todas las dimensiones, sobresaliendo la dimensión de dolor /malestar como la de mayor problema, en la dimensión de ansiedad/depresión con un 44 %, no así a las dimensiones que se refieren a movimiento con un 32 %, actividades cotidianas con un 30 % y cuidado personal con un porcentaje de 16 %, así como una calificación de su calidad de vida en ese momento de 72.52

Estos resultados deben ser considerados por personal de primer nivel de atención, para programar actividades preventivas y de promoción a la salud.

Es importante promocionar estilos de vida más saludables en la población general, sobre todo enfocada a factores que generan dolor/malestar, encaminadas a mantener y aumentar la salud integral.

Así mismo es necesario continuar desarrollando líneas de investigación con estudios probabilísticos y prospectivos.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la edad media es alrededor de la sexta década de la vida, predomina el sexo femenino, la mayoría se encuentran casados con un 58 %, el 38 % corresponde a jubilados y le sigue el grupo de amas de casa con un 32 % , en lo que se refiere a escolaridad predomina primaria incompleta con un 46 % y analfabetas en un 34 %

12.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Romero M.R.S, Romero Z.H. Reflexión sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (1): 91-102
- 2.- Castro M.M. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población adulta adscrita al Centro de Salud de Colmenar de Oreja. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y podología) Serie de Trabajos Fin de Master. 2010; 2 (1):45-56
- 3.- Cardona D. Estrada A. Byron A. H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Biomédica 2006; 26:206-15.
- 4.- Urzua M.A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev Med Chile 2010; 138: 358- 365.
- 5.- Mones J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir Esp 2004; 76 (2):71-77
- 6.- Vinaccia S. Orozco L.M. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología. 2005; 1 (2) 125-136
- 7.- Salazar J. González M. Colunga C. Pando M. Trabajo, Calidad de vida y salud. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2008; 72 (2) 150-157
- 8.- Vicente S.B.M, Zerquera T.G, Peraza A.D, Castañeda A.E, Irizar H.J.L, Bravo V.T. Calidad de vida en el paciente diabético. Revista Electrónica de las Ciencias Medicas en Cienfuegos. Medisur 2008; 6 (3): 22-28
- 9.- González T.V.M, García R.M. Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar .Rev Enferm Inst. Mex Seguro Soc. 2009: 17 (2): 69-78
- 10.- González S. M., Rivas A. V., Calidad de vida de los adultos con diabetes mellitus tipo 2 .Semana de Divulgación y video Científico 2008.

- 11.- Alfaro A.N. Carothers E .M. del R. Autopercepción de calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Investigación en salud. Medigraphic. 2006; 8 (3): 152-157
- 12.- Cárdenas V.V.M. Pedraza L.C., Lerma C.R., Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2, Universidad de Nuevo León, Monterrey. 2005; 8 (3) 351-357
- 13.- Hervás A. Zabaleta G. De Miguel O. Beldarrain. J.D. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (1): 45-52
- 14.- Salazar E. González M.A. Calidad de vida, salud y trabajo. La relación con diabetes mellitus tipo 2. J.G, Torres L. T .M, Colunga R. C. Revista Salud Pública y Nutrición.2009; 10 (3)
- 15.- Salazar E. J.G, Colunga R. C, Pando M. M, Aranda C. Diabetes y calidad de vida. Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Atendidos en Centros de Salud en Guadalajara. Investigación en Salud. 2007; 9 (2): 88-93.
- 16.- Herrera D.J.L, Quintero O, Hernández M. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2 .Servicio de Endocrinología. Iahula. Mérida. 2007; 6 (12): 62-72
- 17.- De los Ríos C.J.L, Sánchez S. J.J, Barrios S. P, Guerrero S.V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Rev Med IMSS 2004; 42(2): 109-116.
- 18.- Alves C.F, Guerreiro J.P, Diuggan C. Análisis de la calidad de vida relacionada con la diabetes (ADDQoL) para Portugal: exploración de la validez y la fiabilidad. Pharmacy Practice 2006; 4(3): 123- 128.
- 19.- Robles G.R., Cortázar J., Sánchez S. J. J., Páez A. F. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQoL. Universidad Autónoma de México. Psicothema 2003; 15 (2) 247-252

- 20.- De los Ríos J. L., Barrios S. P., Ávila R.T.L. Valoración sistémica de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Rev Med Hosp Gen Mex 2005; 68 (3): 142-154.
- 21.- Mena M. F. J., Escudero M. J. C., Blanco S. F., Bellido C. J., Carretero A. J. L. Diabetes mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultados del Estudio Hortega. An Med interna (Madrid). 2006; 23 (8): 357- 360
- 22.- López C. J. M., Rodríguez M. R., Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con Diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de México. 2006; 48 (3): 200-210
- 23.- Romero M.E, Acosta O.S, Carmona C.I, Jaimes S.A, Masco M.M.M , Páez G.A. Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena ,Colombia 2010; (1) :190-198
- 24.- Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima 2007; 68 (3): 284-290
- 25.-Vinaccia S, Fernández H, Escobar O, Calle E, Andrade I, Contreras F. Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Sumapsicologica 2006; 13 (1): 15-31
- 26.- Lozano C. A. ¿Calidad o clase de vida? Rev Fac Med UNAM 2007; 50 (2): 84-85
27. Pérez FG. Cantoral DK. El Consentimiento Informado como Garantía Constitucional desde la perspectiva del Derecho Mexicano. Revista de Derecho Privado. Nueva Época. 2006; 5 (15): 59-87
- 28.- Salazar E.J.G, Guerrero P.J.C.M, Colunga R. C, Figueroa V.N.S. Relación entre diabetes mellitus y calidad de vida en paciente de Guadalajara, Jalisco. Año 2006-2007. Trabajo original. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, Jalisco. Estados Unidos Mexicanos.

13.-ANEXOS:

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICA EN SALUD COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente ACEPTO participar en el protocolo de investigación titulado: Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2 en la U.M.F. 33 Grajales, Puebla. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el No. _____

El objetivo de este estudio es: Determinar la Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2. Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar de forma verbal un cuestionario que contenga mis datos personales, y otro para medir la Calidad de Vida.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el estudio y que éste no representa ningún riesgo, inconveniente, molestia ni beneficio derivados de mi participación en el mismo.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso) así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del cuestionario que se llevará a cabo, así como cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

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 del Instituto.

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtengan durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Si se encuentra con alguna complicación el paciente se canalizará al servicio correspondiente.

Nombre y firma del sujeto

**Invest. Resp. Dra. María Isabel
Ernestina Hernández Angel**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas, o preguntas relacionadas con el estudio. --2229655386o con Dr. Pazaran Zanella Santiago Oscar tel. 2224356886

Testigo Nombre y Firma
Nombre y

Testigo y firma.

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

| No PG R | EDAD | SEXO | EDO. CIVIL | ESCOLARIDAD | OCUPACION | CALIDAD DE VIDA |
|---------------|------|------|------------|-------------|-----------|--------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

Anexo 3

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

| |
|--|
| |
| |
| |

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

| |
|--|
| |
| |
| |

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

| |
|--|
| |
| |
| |

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

| |
|--|
| |
| |
| |

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

| |
|--|
| |
| |
| |

INTERPRETACION: EUROQOL 5-D

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones –estados de salud– posibles, que pueden utilizarse como perfiles. Por ejemplo, un individuo que señale que no tiene problemas para caminar (1), no tiene problemas con el cuidado personal (1), tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas (2), tiene moderado dolor o malestar (2) y

no está ansioso o deprimido (1), se ubica en el estado de salud 11221.

La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo.

El índice de valores de preferencias para cada estado de salud se obtienen a partir de estudios en población general o en grupos de pacientes en los cuales se valoran varios de los estados de salud generados por el EQ-5D utilizando una técnica de valoración como el *time trade-off*. El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte. De esta manera, se cuenta con un índice que puede utilizarse directamente o combinarse con los años de vida para calcular AVAC (años de vida ajustados por calidad), útiles como indicador del resultado de intervenciones y, si además se calculan costes, para estudios de coste efectividad o coste-utilidad.

Para calcular el valor de cualquier estado de salud, primero, se asigna el valor de 1 al estado 11111 (sin problemas de salud en ninguna dimensión). Si el estado es distinto al 11111, se resta el valor de la constante (tabla 1). Posteriormente, si hay problemas de nivel 2 en una determinada dimensión, se resta el valor correspondiente a cada dimensión. Se sigue el mismo procedimiento cuando hay problemas de nivel 3, aunque multiplicando previamente el valor de la dimensión con problemas por 2. Por último, el coeficiente que corresponde al parámetro N3 –un parámetro que representa la importancia dada a problemas de nivel 3 en cualquier dimensión– se resta una sola vez cuando existe al menos una dimensión con problemas de nivel 3. Por ejemplo, en el caso del estado de salud 13111 se partiría del valor 1 y se restaría la constante y

0,2024 ($0,1012 \cdot 2$) por haber problemas de nivel 3 en la dimensión de cuidado personal. Además, se le restaría el parámetro N3, lo que finalmente daría un índice de 0,4355 ($0,4355 = 1 - 0,1502 - 0,2024 - 0,2119$).

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse. Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su

opinión lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de Hoy. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy", hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

