



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MÉDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 34
GUADALAJARA, JALISCO

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 91 “EL FRESNO”,
GUADALAJARA, JALISCO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Luis Raul Pacheco Vallejo

GUADALAJARA, JAL.

2016



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.

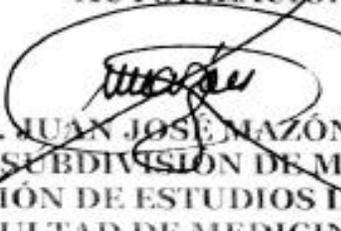
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF NO. 91 "EL
FRESNO", EN GUADALAJARA, JALISCO.**

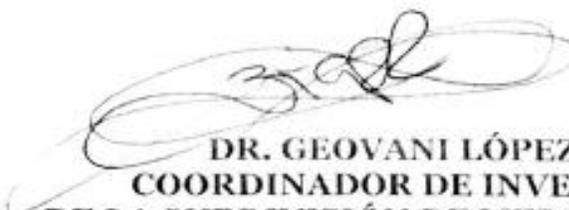
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA


DR. LUIS RAÚL PACHECO VALLEJO

AUTORIZACIONES


**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**


**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA
UMF No. 91 "EL FRESNO", GUADALAJARA, JALISCO**

**REGISTRO SIRELCIS No. 1307
Registro ante COFEPRIS 13ci 14 039 148**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. LUIS RAUL PACHECO VALLEJO

AUTORIZACIONES



**DR. ALBERTO CUEVAS MENDOZA
ADSCRITO A LA UMF 34**



**DRA. ELSA ARMIDA GUTIERREZ ROMAN
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE
INSTITUCIONAL**

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Luis Raul Pacheco Vallejo
Médico Cirujano y Partero, Especialista en Investigación.
Dr. En Farmacología.
Matrícula 99142627
Calle Marcelino Dávalos 629
Col Jardines Alcalde. Guadalajara, Jalisco.
Tel 1984 0270
Correo electrónico lupamed@icloud.com

AGRADECIMIENTOS:

Agradecimiento: es el sentimiento de gratitud que se experimenta normalmente como consecuencia de haber recibido de parte de alguien, algo que se necesitaba, o de haber sido ayudado en alguna circunstancia difícil.

Es por ello que la lista tendría que ser larga y no quisiera omitir a nadie. En esta aventura llamada vida, hay tanto y tanta gente a la cual agradecer, que iniciare: Primero agradecer a Dios y a la vida misma que me dan un día más para poder seguir esta aventura.

En segundo término, a toda mi familia, mi esposa, y mis hijos por todo su apoyo, sin su apoyo este capítulo no podría llegar a buen término, ellos están siempre presentes, su confianza y su amor incondicional, hacen que se logre todo.

Gracias a mis amigos, que, sin su colaboración y apoyo, no habría podido tampoco terminar a tiempo el presente trabajo.

En ciclo llega a término y con él un capítulo importante en mi carrera, que no es más que el cimiento de muchos sueños más que hoy inicia su construcción.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, que aun que ahora no está aquí, siempre estuvo conmigo en todo momento y siempre logro de alguna manera y con su inmensurable apoyo que mis sueños siempre se hicieran realidad. Gracias por siempre “Mamá”

HOJA DE FIRMAS

Luis Raul Pacheco Vallejo
Investigador Principal

DICTAMEN

ÍNDICE

identificación De Los Autores	4
Agradecimientos:	5
Dedicatoria	6
Hoja De Firmas	7
Dictamen.....	8
Índice	9
Marco Teórico:.....	11
Justificación	21
Planteamiento Del Problema.....	24
Pregunta De Investigación:	26
Objetivos.....	27
Hipótesis	28
Material Y Métodos	29
Criterios Del Proyecto	30
Instrumentos	31
Variables Del Estudio	34
Definición De Variables.....	35
Operacionalización De Variables	37
Descripción General Del Estudio.....	38
Análisis Estadístico.....	39
Flujograma	40
Aspectos Éticos	41
Recursos Financieros Y Factibilidad	43
Recursos Humanos	45
Resultados	46
Discusión:.....	55
Conclusiones:.....	57
Bibliografía:.....	59
Anexos	62
ENCUESTA Sociodemográfica	63
Instrumento Diabetes 39	64

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No . 91 “EL FRESNO”

ANTECEDENTES:

La perspectiva a futuro de la Diabetes Mellitus tipo 2 como problema de salud pública señala un mantenimiento en la tendencia a incrementar la incidencia y por ende la prevalencia de la misma. En este sentido los pacientes viven en promedio 20 años, ocasionando múltiples estragos a la salud (tanto física como mental) por complicaciones secundarias y reducción de calidad de vida.

La atención sistemática de la Diabetes Mellitus tipo 2 se realiza considerando los factores biopsicosociales, entre los que se encuentran la calidad de vida, siendo este el motivo de nuestro estudio, mediante la aplicación de una encuesta que mide la percepción en la calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se diseñó un estudio, transversal, descriptivo y cualitativo que evalúa la percepción de la calidad de vida mediante la aplicación del cuestionario “*Diabetes 39*”, en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que cumplieron los criterios de inclusión, habiendo acudido a su control mensual en la Unidad de Medicina Familiar No. 91 del primero de enero de 2016 al 28 de febrero de 2016, para el análisis del estudio se utilizó estadística descriptiva, los resultados se expresaron en medidas de tendencia central y se presentaron mediante tablas y graficas; se utilizó el programa SPSS versión 20.

RESULTADOS:

En el presente estudio se incluyeron 192 individuos, 113 mujeres y 79 hombres con una edad promedio de 63 años. El 57,2% fueron trabajadores activos. La escolaridad primaria fue la frecuencia con un 57,25%. El 47,4% tenían más de 10 años de tiempo de evolución del padecimiento. De los pacientes encuestados 56.77% percibieron una buena calidad de vida.

El resultado del análisis estadístico entre la percepción de la calidad de vida y las variables de género, tiempo de evolución y escolaridad, no demuestra una correlación estadística significativa.

CONCLUSIONES:

En la Unidad Médica Familiar No. 91 de Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Jalisco; se observó que los pacientes encuestados que acudieron a control y decidieron participar en el estudio presentaron una mayor tendencia a percibir una

buena calidad de vida independientemente del género, ocupación, grado de estudios o escolaridad.

MARCO TEÓRICO:

Calidad de vida es: “La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones”.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) la padecen más de 347 millones de personas en el mundo. Las estimaciones revelan que 3.4 millones de personas fallecieron a causa de exceso de glucosa en la sangre. El 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos monetarios bajos a medios. En los países desarrollados la mayoría de los pacientes con diabetes han superado la edad de jubilación, mientras que en los países en desarrollo el grupo más afectado es el de 35 a 64 años (1).

México se encuentra en el séptimo puesto en la lista de países con mayor número de personas que viven con diabetes, con proyecciones que pronostican que para el 2030, nuestro país ocupará el sexto lugar, según el Atlas de la Federación Internacional de Diabetes, 2011 (2).

La calidad de vida se ha definido según la Organización Mundial de la Salud como la percepción personal de un individuo en relación con su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de sus valores y sus objetivos, expectativas e intereses (3). Siendo el resultante de la interacción entre la personalidad, la forma en que concibe la enfermedad, el apoyo social con el que cuenta, los aspectos laborales, la etapa de vida

dentro del ciclo vital en el que se encuentre y los factores socioeconómicos que rodean a una persona que ha sido diagnosticada de una u otra enfermedad (4).

La situación de salud que actualmente presenta América Latina y el Caribe, muestra un panorama poco alentador y complejo ante la magnitud de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), de allí la necesidad de implementar controles a través de la promoción de la salud, de la prevención de enfermedades, que incluyan acciones integrales que promuevan un cambio sostenido de estilos de vida, tanto a nivel personal, como a nivel de políticas de Estado (5).

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2012, indica que la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000, que fue de 5.8% (2).

La perspectiva futura señala que se mantendrá la tendencia incremental en la prevalencia e incidencia de la enfermedad, teniendo como factor de riesgo a la obesidad asociado 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 a 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 la insuficiencia renal crónica, el daño cardiovascular, la ceguera resultante de la retinopatía diabética, la neuropatía, la invalidez y en el peor de los casos, la muerte prematura. No obstante, la Diabetes Mellitus tipo 2 ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar

de forma sistemática, los factores psicosociales entre las que se encuentra la calidad de vida (6).

Las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus, del mismo modo que su tratamiento con frecuencia complejo, costoso, difícil de seguir o con efectos secundarios molestos, pueden impactar en la calidad de vida de quienes la padecen. Para medir la calidad de vida en los pacientes con Diabetes tipo 2 se utilizan diversos instrumentos genéricos y específicos cuya información parece ser complementaria, como las encuestas (6).

La diabetes representa una carga para las personas que la padecen y para la sociedad, por el aumento de la discapacidad y mortalidad prematuras debido a las complicaciones. Se ha encontrado que las complicaciones de la diabetes y la mortalidad empeoran por la deficiente calidad de atención médica de los sistemas de salud. El riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares y por todas las demás causas, es entre dos a tres veces más alto en las personas con diabetes (7).

El concepto denominado Calidad de Vida (CV) implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren (8). La calidad de vida relacionada con la salud incluye las esferas física, psicológica y social de la salud vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del

individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente percepción de su calidad de vida (8).

La diabetes Mellitus tipo 2 puede alterar la calidad de vida tanto en el ámbito social como psicológico por las alteraciones y sensación de disminución física. En varios estudios realizados en España, Estados Unidos, México, Chile y Cuba -entre otros-, se ha concluido que los pacientes diabéticos tienen una peor percepción de su calidad de vida, que la población general; se correlaciona con el tratamiento, los regímenes estrictos de dieta, el escaso acceso a productos para personas con diabetes, el ejercicio, la auto monitorización y la administración de la medicación (9).

Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en los estadios iniciales de la enfermedad no presentan síntomas, por esta razón es importante la atención médica preventiva para diagnosticar esta patología antes que se vean afectados varios órganos, causando daños irreversibles y que la percepción de la calidad de vida se vea afectada (10).

Al ser una enfermedad crónica que afecta el bienestar físico y más aún, cuando se presentan complicaciones agudas, altera el ámbito psicológico, generando frustración, baja autoestima, depresión y ansiedad. En el panorama social, las relaciones familiares y de amigos puede afectarse entre otras, por las restricciones dietéticas y físicas (10).

El soporte familiar es fundamental para el paciente con diabetes, representa su principal fuente de apoyo afectivo, educativo, cultural, social y muchas veces económico. Se ha identificado en varios estudios que el apoyo de la familia le permite al paciente lograr un mejor control de su enfermedad (11).

Un equipo fundamental de apoyo para el paciente con diabetes, es el personal de los sistemas de salud. Sin embargo, se ha encontrado un deterioro en las relaciones:

médico – paciente, enfermera – paciente, personal de apoyo – paciente; lo que trae como consecuencia la disminución de la eficiencia del tratamiento, por fracaso en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, e insatisfacción del paciente (11).

En un estudio previo, en 2006 se publicó la validación del cuestionario Diabetes 39 (8) en la revista de Salud Pública, el cual 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 con diabetes 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 HealthSurvey [SF-36], que se considera el instrumento genérico de calidad de vida más relevante para los pacientes con diabetes (12). En la actualidad el cuestionario diabetes 39 se le estima como uno de los instrumentos específicos con mejor validez para medir la calidad de vida en los pacientes con diabetes (13).

El estado de Jalisco, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 tiene una prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 de 8.1 % en la población adulta. Ocupando el tercer sitio a nivel nacional en mortalidad, por complicaciones asociadas a la diabetes, con una tasa de 44% (2).

De acuerdo con datos proporcionados por el Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) de la UMF No. 91 de Guadalajara, Jalisco, durante el año 2015 se presentaron 5,997 pacientes a consulta mensual de Diabetes Mellitus tipo 2, de los cuales tan solo 2,215 se encontraban con índices de glucosa en niveles óptimos por debajo de 126mg/dL.

Se tiene bien documentado que en una persona que vive con diabetes es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Cuando se presenta alguna enfermedad, la calidad de vida puede verse modificada al aparecer síntomas que dificultan o limitan la realización de las actividades cotidianas. Cuando aparece una enfermedad que se llevará por toda la vida (enfermedad crónica), se deben hacer cambios para mantener una adecuada función y dependencia. La cadena de mejoría puede también convertirse en una serie de infortunios que una pobre percepción de la calidad de vida da como consecuencia comorbilidades y complicaciones.

Físicamente:

Si hay descontrol en la enfermedad se produce deterioro físico, constante y progresivo. En ciertos casos esto puede generar dificultad para que el paciente realice sus actividades cotidianas. Esto a su vez, puede contribuir a exacerbar factores de riesgo como el sedentarismo, tabaquismo, obesidad o sobrepeso y problemas cardiovasculares

Emocionalmente:

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de

pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Esta crisis surge debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de estrés psicológico, ansiedad y depresión.

Aproximadamente, 30% de las personas que viven con diabetes presentan síntomas depresivos clínicamente significativos y del 12% al 18% tienen un trastorno depresivo mayor.

Algunos síntomas para identificar depresión son:

- Cambios en el apetito (aumento o disminución).
- Problemas para conciliar el sueño o dormir demasiado
- Somnolencia excesiva
- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba
- Apatía
- Tristeza
- Irritabilidad
- Olvidos
- Falta de energía
- Pensamientos de muerte
- Culpa y autorreproches
- Llanto fácil

Por otro lado, alrededor de 23% de los pacientes con diabetes pueden presentar ansiedad, que se puede manifestar de la siguiente manera:

- Preocupación excesiva
- Problemas para dormir
- Falta de concentración
- Intranquilidad

Problemas de conducta alimentaria como son satisfacer emociones a través de la comida o comer grandes cantidades de alimento sintiendo la pérdida de control.

- Tristeza

Socialmente:

La relación con familiares y amigos (cuidadores primarios) se puede ver afectada por las posibles complicaciones y los cambios necesarios en el estilo de vida. Pueden aparecer desacuerdos o discusiones que lleven al desgaste físico, económico y emocional.

Por ejemplo, los cambios en la alimentación y otras modificaciones en el estilo de vida del paciente pueden generar una resistencia al cambio en el resto de los integrantes de la familia y afectar su apego a tratamiento. Eventualmente, esto se atribuye a una falta de empatía y a la poca conciencia sobre la enfermedad que tiene tanto el paciente como su familia.

Lo que contribuye de manera significativa a que comorbilidades propias de la enfermedad pueden aparecer de forma rápida debido al deterioro de su percepción en la calidad de vida como son (8-9):

Neuropatía Diabética:

Afecta aproximadamente al 40% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Los principales factores determinantes de esta patología son el tiempo de evolución de la enfermedad y la edad. Dentro de este grupo de afecciones se encuentra la polineuropatía diabética, que afecta a 40% de los pacientes con 10 años de evolución de la diabetes. Entre otros factores que intervienen en el desarrollo de la polineuropatía distal son el mal control metabólico y el tabaquismo.

Retinopatía Diabética:

Se presenta entre el 15% y 60% de los pacientes diabéticos. Además, pueden presentar otras afectaciones oculares, tales como: cataratas y glaucoma de ángulo abierto. La patología ocular es más frecuente en personas con diabetes que en la población general.

Nefropatía:

Aproximadamente 50% de los pacientes diabéticos tiene algún tipo de afectación renal. En la Diabetes Mellitus tipo 2 la prevalencia de micro albuminuria puede acercarse a 25%, la de macro albuminuria a 5% y la de insuficiencia renal a 9%. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen 25 veces más riesgo de desarrollar insuficiencia renal, convirtiéndose en una de las principales causas de requerir diálisis.

Cardiopatía Isquémica:

En los pacientes con esta patología, la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra entre 2,4 y 25,3%. La presencia de Diabetes Mellitus o alteración del

metabolismo de la glucosa predicen un peor pronóstico después de un infarto agudo de miocardio. A nivel mundial es una de las principales causas de mortalidad de la población con diabetes.

Accidente Cerebro Vascular:

Se estima que aproximadamente 40% de los pacientes que desarrollan un episodio de accidente cerebro vascular son portadores de diabetes. Por lo que la presencia de ésta es un factor de mal pronóstico. Todas las anteriores aumentan la tasa de morbi-mortalidad y los altos costos en la atención médica con todo lo referente que este problema conlleva, en el detrimento de la percepción de la calidad de vida para el paciente, la familia y los sistemas de salud que se ven involucrados.

El presente estudio se realizará para conocer el grado de afectación en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No 91 de acuerdo con su percepción de calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

En México, en la última década se ha venido generando una transición epidemiológica a la par de todo el mundo; en la cual, las enfermedades infecto-contagiosas han cedido lugar como causa de morbi-mortalidad a las enfermedades crónico-degenerativas debido al desarrollo socioeconómico y a la transición demográfica. Esto cobra importancia ya que la Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que, por sus características, efectos incapacitantes y su mortalidad afecta la calidad de vida de quienes la padecen, así como de sus familias; al ser a partir del 2003 de acuerdo con las cifras del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) la primera causa de muerte, al presentarse 59 119 muertes relacionadas a la enfermedad, con una tasa de 56.73 defunciones por cada 100 000 habitantes representando el 12.6%. Hasta la actualidad en la que representó 75 572 muertes a nivel nacional, con una tasa de 70.8 defunciones por 100 000 siendo el 15.5% del total de las defunciones. En Jalisco es la tercera causa en personas en edad reproductiva con 1708 muertes en el año, representando el 13.6 % del total de defunciones en el estado.

Ante la creciente incidencia de Diabetes Mellitus en la población mexicana y en vista del pobre control de la enfermedad, es necesario encontrar métodos sencillos, prácticos y a nuestro alcance, para prevenir en forma temprana la aparición de complicaciones agudas y crónicas propias de la diabetes.

De esta forma para evitar, o al menos prolongar la presentación de las complicaciones de la evolución natural de las enfermedades, surge la presente inquietud de valorar la calidad de vida en el paciente que cursa con diabetes ya que se ha visto en diversos

estudios que es una variable muy importante entre el desenlace de la atención y manejo del paciente y sus complicaciones.

Los pacientes con diabetes sólo tienen en común el grado elevado de glucosa puesto que cada uno representa diferentes características biopsicosociales y sociodemográficas, que en conjunto muestran la necesidad de ser atendidos en las instituciones del sector salud por un programa educativo en Diabetes Mellitus según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 y la Guía Técnica para otorgar Atención Médica en Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en la consulta de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus.

Este estudio se realiza a interés y factibilidad, puesto que se observa en la prevalencia de las estadísticas marcadas durante el año 2015 en la Unidad de Medicina Familiar No. 91 de Guadalajara; Jalisco, un total de 5997 pacientes que acudieron a la consulta externa de acuerdo con datos otorgados por el servicio de epidemiología. Ya que se cuenta con los grupos de derechohabientes adscritos al programa de atención integral al paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en la consulta externa de Medicina Familiar de ambos turnos de la Unidad.

Existen muchos factores que resultan ser un inconveniente para evitar el mal control de la diabetes los cuales generan una deficiente calidad de vida, afortunadamente podemos modificarlos, puesto que son el resultado de la falta de información o conocimientos equivocados por parte de la población, los cuales se van heredando por generaciones y al identificarlos podrían realizarse acciones específicas encaminadas a contrarrestarlos, por medio de orientación, educación sobre la calidad de vida y

autocuidado existentes dentro de la Guía Técnica para otorgar Atención Médica en Derechohabientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en la Consulta de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, para la formación e integración a grupos de apoyo para así aplazar las complicaciones de la Diabetes y mejorar con esto la calidad de vida de nuestros derechohabientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se decidió estudiar uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial: la Diabetes Mellitus tipo 2, puesto que esta considerada actualmente como una pandemia por su magnitud en ascenso, al tener un alto costo social y económico, que ocasiona de manera crónica daño a la salud física y mental, al parecer es esta característica de cronicidad la que repercute directamente en la Calidad de Vida de quien la padece y sus familiares cercanos.

En la actualidad, hay más de 347 millones de personas con diabetes en el mundo (1). Se calcula que las muertes por diabetes aumentarán más de 50% en los próximos 10 años. México ocupa el noveno lugar mundial en la prevalencia de diabetes y para el 2025 se proyecta que ocupará el séptimo lugar (14). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 informó una prevalencia de 9.5%, incrementando la incidencia en un 35% en los últimos 5 años (15). En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes Mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año (16). Esto consume entre 4.7% al 6.5% del presupuesto para la atención de la salud (17).

En consecuencia la Diabetes Mellitus tipo 2 no sólo 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 a la salud en México y en cualquier parte del mundo. 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; no obstante, la Diabetes Mellitus tipo 2, ha sido atendida de manera predominantemente médica, sin considerar de forma sistemática, factores psicosociales entre las que se encuentra la Calidad de Vida (18-21).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la percepción de la Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No. 91?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la percepción de la Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar no 91

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con Diabetes Mellitus incluidos en el estudio.

HIPÓTESIS

No se requiere por ser un estudio por ser transversal y descriptivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Estudio Transversal Descriptivo

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no 91 del Instituto Mexicano del Seguro Social que cubrieron en su totalidad los criterios de selección.

MUESTRA Y MUESTREO

Se calculo el tamaño de la muestra mediante la aplicación Stat Cat del programa Epi info versión 3.5.3. considerando un tamaño poblacional de 5,997 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No.91 del Instituto Mexicano del Seguro Social. La muestra fue de 192 pacientes, obtenida del 1ero de Enero 2016 al 28 de Febrero 2016, con un porcentaje de error de 5%, con un intervalo de confianza de 95% para un error tipo II o Beta de 10%.

TIPO DE MUESTREO

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DEL PROYECTO

CRITERIOS INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 91 de la delegación Jalisco.
- De ambos géneros.
- Edades comprendidas a partir de los 18 años de edad.
- Que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar, en los turnos matutino y vespertino del primero de enero de 2016 al 28 de febrero de 2016.
- Que aceptaron formar parte del estudio.
- Con sus cuestionarios completos.

CRITERIO DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes con limitaciones físicas o mentales, que les impidan responder los cuestionarios.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no acudieron a consulta de primero de enero de 2016 al 28 de febrero de 2016.
- Pacientes con cuestionarios incompletos.

INSTRUMENTOS

El instrumento Diabetes 39, en su versión validada al español hablado en México, con valores alfa de Cronbach > 0.8 . El cuestionario, que es autoadministrado, está compuesto de 39 reactivos cerrados que se agrupan en cinco secciones: *Energía-Movilidad* (15 reactivos: 3, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 25, 29, 32, 33, 34, 35 y 36), *Control de la diabetes* (12 reactivos: 1, 4, 5, 14, 15, 17, 18, 24, 27, 28, 31 y 39); *Ansiedad-preocupación* (4 reactivos: 2, 6, 8 y 22), *Carga social* (cinco reactivos: 19, 20, 26, 37 y 38) y *Funcionamiento sexual* (tres reactivos: 21, 23 y 30) (véase el anexo).

Los pacientes respondieron qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada reactivo, colocando una X en una escala de tipo análoga visual modificada, que en su versión original se presenta como una línea horizontal continua con marcas verticales que delimitan espacios donde se ubican los números del 1 al 7, cuya escala de valores es el número 1 para *nada afectado en lo absoluto* y el 7 a *sumamente afectado* en la calidad de vida.

Contiene dos reactivos finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera global, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un rango del 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). El primer reactivo permite medir la percepción que el paciente tiene de su calidad de vida como un todo y determinar si existe correlación entre ésta y la calificación global de la calidad de vida obtenida con el instrumento.

Éste no contiene una definición de calidad de vida, por lo que el paciente contesta de acuerdo con lo que significa este concepto en su percepción individual. El segundo reactivo mide la percepción que el paciente tiene sobre la severidad de su diabetes y

permite identificar si hay congruencia de este valor con la calificación de su calidad de vida.

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección, la puntuación total y las calificaciones de autopercepción de la calidad de vida y de la gravedad de la diabetes serán transformadas a una escala de 0 a 100 con el auxilio de las siguientes fórmulas para su transformación lineal:

- Energía y movilidad:
$$[(\text{calificación cruda} - 15) / (105-15)] \times 100$$
- Control de la diabetes:
$$[(\text{calificación cruda} - 12) / (84-12)] \times 100$$
- Ansiedad-preocupación:
$$[(\text{calificación cruda} - 4) / (28-4)] \times 100$$
- Carga social:
$$[(\text{calificación cruda} - 5) / (35-5)] \times 100$$
- Funcionamiento sexual:
$$[(\text{calificación cruda} - 3) / (21-3)] \times 100$$
- Calificación total:
$$[(\text{calificación cruda} - 39) / (273-39)] \times 100$$
- Calidad de vida:
$$[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$$
- Severidad de la diabetes:
$$[(\text{calificación cruda} - 1) / (7-1)] \times 100$$

No se contempla una ponderación especial para la calificación de cada sección en la calificación global más allá de la que representa el número de reactivos de cada una de las mismas, y la puntuación total refleja la afectación en el concepto calidad de vida como un todo (8). Se obtuvo la mediana de los puntajes para la calificación total, representado en un número natural del 0 al 100. Este número derivó al calificarse el total de instrumentos que contestó la población del estudio.

La calificación que fue menor a la mediana se consideraron como **“mejor o adecuada Calidad de Vida”**. Las calificaciones igual o mayores a la mediana, se consideraron como **“baja o peor Calidad de Vida”** (8).

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable Dependiente o de resultado:

Percepción de la Calidad de Vida.

Variable Interviniente:

- Género.
- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Tiempo de evolución de la enfermedad.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Percepción de la Calidad de vida:

La variable “Calidad de Vida” será valorada de acuerdo con la percepción de su tipo de vida y será como “mejor calidad de vida” cuando la puntuación individual de cada paciente sea menor a la mediana grupal, y “peor Calidad de Vida”, si la puntuación individual es mayor a la mediana grupal.

Diabetes Mellitus tipo 2:

Transtorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina con diagnóstico previo por cualquier médico

Género:

Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer.

Edad:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Escolaridad:

Según el último grado académico obtenido, (sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura).

Estado Civil:

Conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que determina su capacidad, con cierto carácter de generalidad y permanencia. Las categorías de estado civil que se pueden identificar como mínimo son: soltero, persona que nunca han contraído matrimonio, casados, que han contraído matrimonio, viudos, que se han vuelto a contraer matrimonio, divorciados y casados pero separados. Se definirá según lo refiera la paciente: Soltera, Casada, Unión Libre, Divorciada o Separada y Viuda.

Ocupación:

Actividad o trabajo al que se dedica una persona, especialmente el que realiza para ganarse la vida, se definirá según la refiere la paciente (ama de casa, estudiante, empleado, comerciante, técnico, profesionista).

Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:

Todo paciente a partir del diagnóstico confirmatorio de Diabetes Mellitus a la fecha.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	MEDICIÓN	ESTADÍSTICO	INDICADOR
Calidad de vida	Variable dependiente o de resultado	Cualitativa Nominal	Mediana % X2	Mejor calidad de vida Peor calidad de vida
Género	Variable Interviniente	Cualitativa Nominal	Mediana % X2	Femenino Masculino
Edad	Variable intervinientes	Cuantitativa Continua	Media % T de student	Años cumplidos < 40 años 41 a 59 años 60 años y más
Escolaridad	Variable intervinientes	Cualitativa Ordinal	Mediana % U de Mann Winney	Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura
Estado civil	Variable Interviniente	Cualitativa Nominal	Mediana % X2	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciada Separado
Ocupación	Variable Interviniente	Cualitativa Nominal	Mediana % X2	Trabajador Beneficiario Estudiante
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Variable Interviniente	Cuantitativa Continua	Media % T de student	1 a 5 años. 5 a 10 años. Más de 10 años.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- I. Se sometió el protocolo al Comité Local de Investigación en Salud (CLIES).
- II. Localización de los pacientes: de la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 91, en turno matutino o vespertino, que cumplieron con los criterios de selección del estudio y que se encontraron en las salas de espera de consulta externa de la unidad para su atención del primero de enero de 2016 al 28 de febrero de 2016, a los cuales se les explicó en que consistía el estudio y se les invitó cordialmente a participar en él, no sin antes dejar en claro lo que se haría con la información recolectada. En caso de aceptación se les solicitó que firmaran el consentimiento bajo información.
- III. Los pacientes que firmaron y aceptaron participar se les inició con el interrogatorio sociodemográfico, para posteriormente aplicar el instrumento Diabetes 39, para valorar la percepción de la calidad de vida.
- IV. Se construyó una base de datos en el programa Excel versión 2013 o superior desde donde se envió la información al programa estadístico SPSS 20.0 para realizar el análisis estadístico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y proporciones. Las variables cuantitativas se analizaron por medio de medidas de tendencia central: mediana, varianza, máximos y mínimos.

Se realizó estadística descriptiva, graficando en una tabla de contingencia cruzada las variables de percepción de calidad de vida y sexo, percepción de calidad de vida y edad, percepción de calidad de vida y ocupación.

Se evaluó la asociación entre ambos grupos de variables dicotómicas, el tiempo de enfermedad, la escolaridad y ocupación y su asociación con los que presentaron una baja percepción de calidad o una adecuada percepción de calidad de vida, mediante Chi cuadrada de Pearson con un intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

BASE DE DATOS

Todos los datos que se obtuvieron a través del instrumento de recolección se capturaron en una base de datos electrónica inicial en formato XLS del programa Excel versión 2013 de Microsoft se realizó una revisión de verificación y validación final de la base de datos inicial. El formato para análisis electrónico de la base de datos final se procesó por medio de software para análisis estadístico IBM SPSS Statistics para Windows.

FLUJOGRAMA



ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se clasifica como tipo II con riesgo mínimo, de acuerdo con lo descrito en la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, en lo concerniente a los aspectos éticos de investigación en seres humanos, apegándose a los artículos, 13, 14, 16 17, 18 y 23.

Dentro de las consideraciones éticas se respetaron los siguientes lineamientos:

- a) **Confidencialidad.** Los datos obtenidos de cada uno de las participantes, se utilizaron única y exclusivamente para la realización del presente proyecto de investigación, asegurando a los participantes que no se les identificó en las presentaciones o publicaciones que derivaron del estudio y que los datos respecto a su privacidad fueron tratados en una forma confidencial.
- b) **Anonimato.** Se respetó en todo momento la privacidad de los participantes en el presente proyecto de investigación sin revelar en ningún momento los datos de identificación a ninguna persona ajena al proyecto.
- c) **Derecho a la no participación subsiguiente.** El presente proyecto se realizó previa autorización por escrito (consentimiento bajo información) sin embargo, cada uno de los participantes podía abandonar el estudio en el momento que lo deseara, libremente, por causas inherentes o no al mismo, lo anterior sin tener algún tipo de repercusión con respecto a la atención recibida en el IMSS.
- d) **Consentimiento bajo información.** Se realizó la carta de consentimiento bajo información de acuerdo con los lineamientos del IMSS, documento que contenía los siguientes datos: Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran

presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como dos testigos.

- e) **Anonimato.** Se respetó el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación, no revelando los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

La presente investigación cumple con los requisitos descritos en el Título Quinto, Capítulo Único Artículo 100 de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación (22), así como lo descrito en la declaración de Helsinki de 1969 y en su enmienda de 1989 (23).

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

FINANCIAMIENTO

Los materiales necesarios para la realización de la presente investigación fueron financiados por el investigador, tales como hojas de papel, material de oficina, fotocopias y traslados, por lo que no se requirió de financiamiento externo, ni de recursos institucionales o de la industria farmacéutica y tampoco de capacitación para personal, pues al ser de carácter descriptivo se llevó a cabo dentro de la unidad de medicina familiar No. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social; lo que hizo factible su realización dado que en dicha unidad acuden los derechohabientes para su control de Diabetes Mellitus tipo 2, de donde se obtuvo, de acuerdo con los criterios de inclusión, la muestra del universo de estudio.

Se realizó la aplicación del instrumento Diabetes 39, de manera personalizada, en zonas físicas del área de espera de donde el tesista obtuvo la muestra.

RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES

- I. Lugar y condiciones; Unidad de medicina Familiar No.91 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- II. Recursos Materiales: Computadora, impresora, lápiz, plumas, copias fotostáticas del instrumento, encuesta y programa SPSS versión 20 de prueba para Windows.

FACTIBILIDAD

Este proyecto de investigación desde el punto de vista ético, clínico y metodológico se considera "*Factible*" al solo requerir de papel y lápiz para su realización. Además durante la recolección de datos; se contaba con la debida autorización por parte de las autoridades de la Unidad Medica Familiar No. 91 y no se alteraron o modificaron las políticas de salud o de atención institucional.

RECURSOS HUMANOS

Se contó con colaboración de un médico familiar para la aplicación de las herramientas de estudio. El tesista cuenta con experiencia en estudios de investigación al tener formación de investigador medico así como contar con un doctorado en farmacología. Lo cual le brinda la capacidad en aplicación de encuestas y la realización de análisis estadístico.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 192 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Del total de la muestra, 79 pacientes fueron hombres (41,1%) y 113 pacientes fueron mujeres (58,9%).

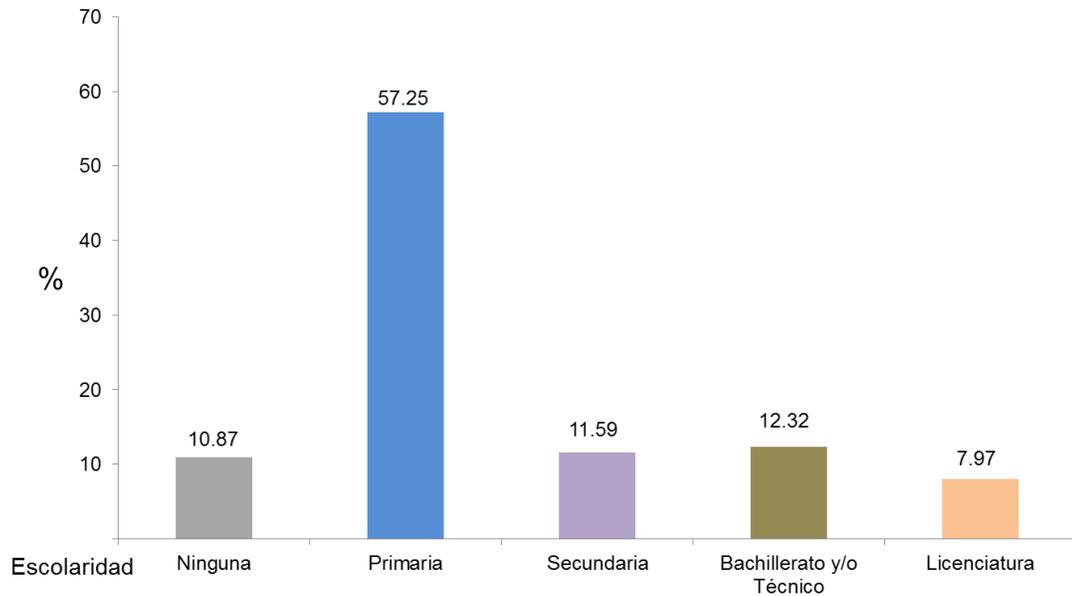
(Tabla 1) De los cuales presentaron una mediana fue de 63 años edad, con un máximo de 84 años y un mínimo de 34 años.

GENERO		
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	79	41.1
Mujeres	113	58.9

Tabla 1

La mayoría de los sujetos estudiados tenían como escolaridad máxima la primaria con 57.25%, en orden descendente el 12.32% refería haber cursado hasta el bachillerato o su equivalente en carrera técnica. 11.59% estudio hasta la secundaria, 10.87% no tenían ningún estudio, mientras que el 7.97% refirió una escolaridad mínima de licenciatura. (Grafica 1)

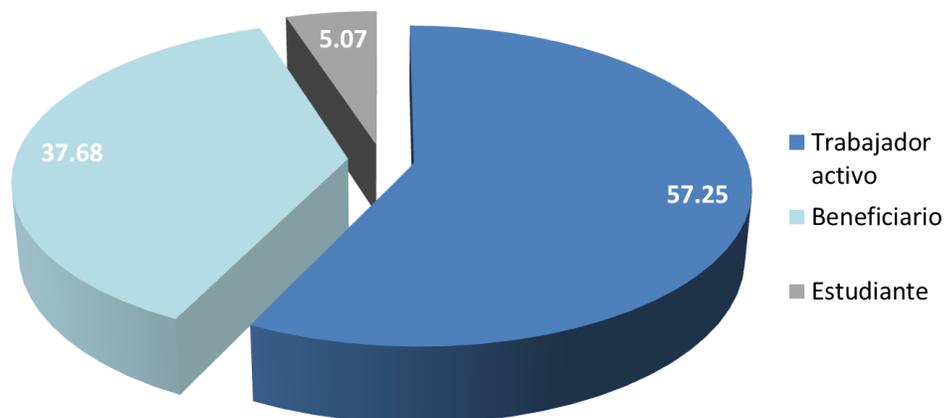
ESCOLARIDAD



Grafica 1: Se observan el grado de escolaridad de los pacientes sometidos al estudio.

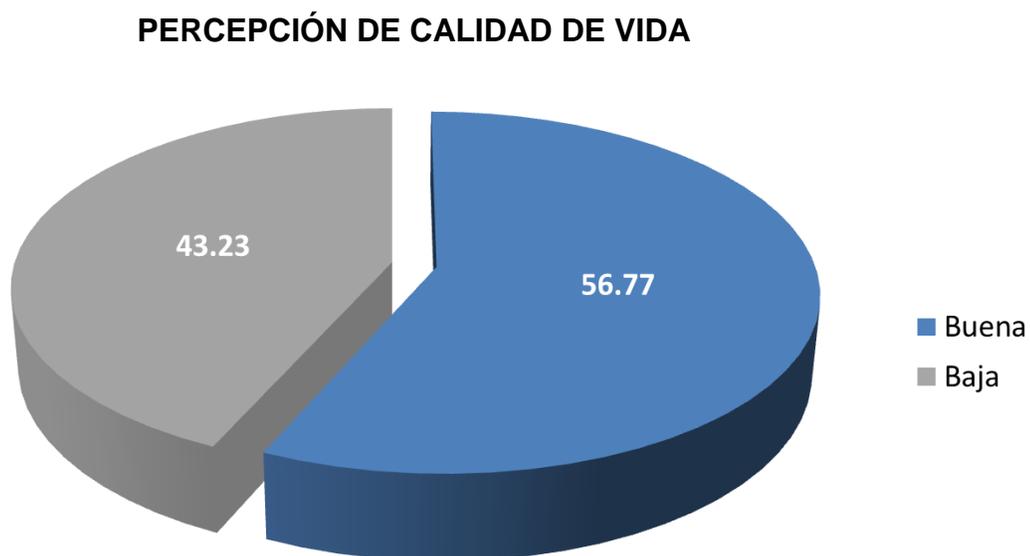
En cuanto a los resultados sociodemográficos: 57.25% fueron trabajadores activos, 37.68% beneficiarios en los que se engloba también a los pacientes pensionados, el porcentaje más bajo fue para los estudiantes con un 5.07% son. (Grafica 2)

OCUPACIÓN



Grafica 2: Ocupación de los pacientes sometidos al estudio, expresada en porcentaje %

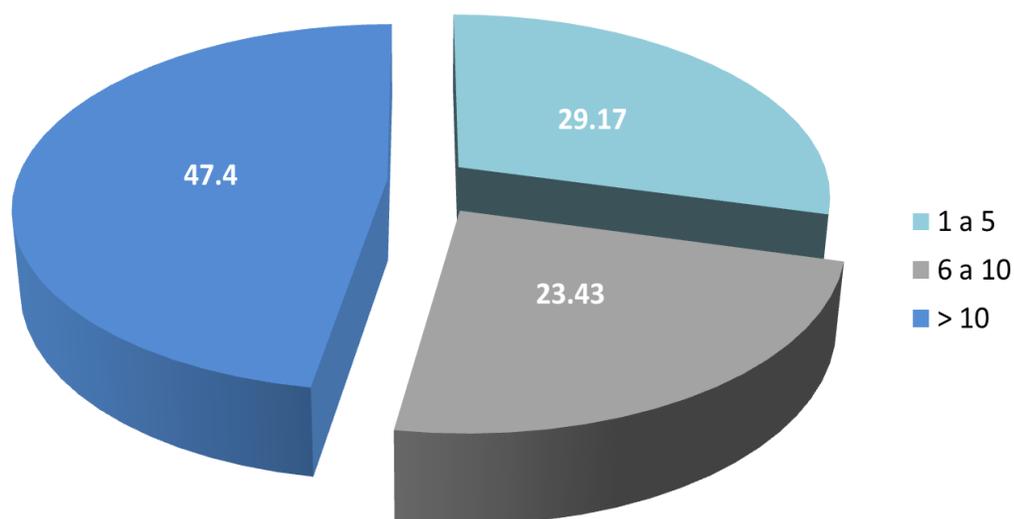
El resultado de la encuesta con respecto a la percepción de la calidad vida en la muestra total nos arroja que de los 192 paciente encuestados, 56.77% (109 sujetos) refiere una buena percepción de calidad de vida, mientras que 43.23% (83 sujetos) refirió una baja percepción de la calidad de vida. *(Grafica 3)*



Grafica 3: Percepción de calidad de vida de los pacientes, expresada en porcentaje %

Con respecto a los años de evolución de la diabetes, el 47.40% de los pacientes tenía más de 10 años de evolución; 29.17% estaban entre 1 a 5 años, mientras que el 23,44% presentaban entre 6 a 10 años. *(Grafica 4)*. Con un máximo de 42 años y un mínimo de 1 año, y una mediana de 10.

TIEMPO DE EVOLUCION DE DM2



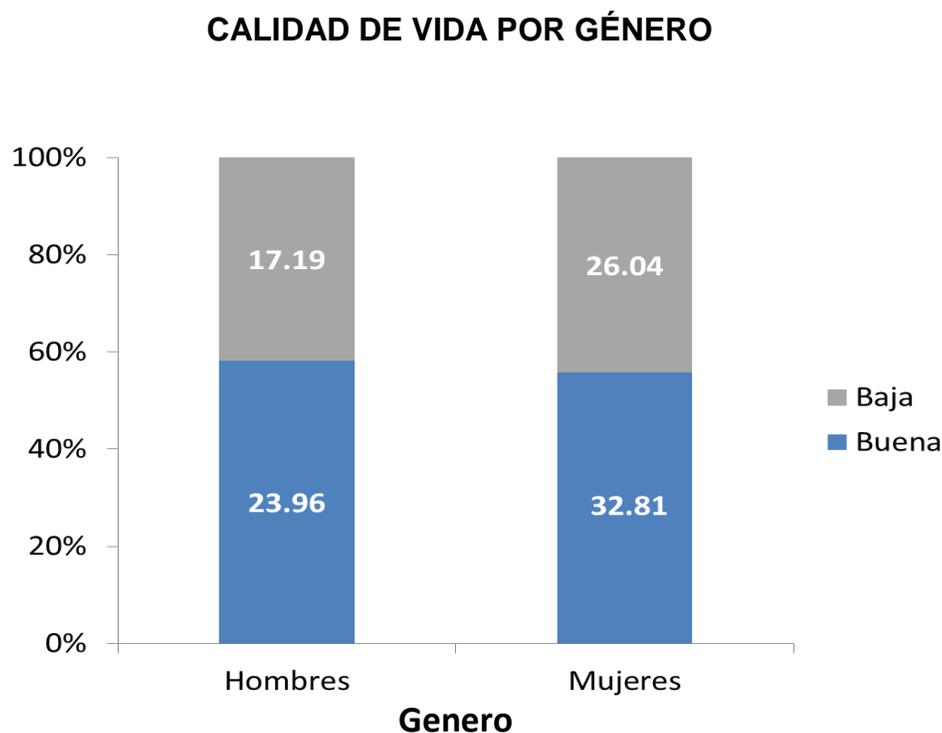
Grafica 4: Visualiza el tiempo de evolución de los pacientes con DM 2, expresada en porcentaje %

En todos los pacientes se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov a la variable edad, ya que es de naturaleza cuantitativa; obteniendo un valor de p de 0.04 que es <0.05 , presentando una distribución anormal, por lo que se utilizó una prueba no paramétrica como la mediana para dar un promedio; siendo ésta de 63 años de edad, con una edad máxima de 87 años y una edad mínima de 31 años de edad.

Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada para evaluar la diferencia de proporciones entre los grupos de hombres y mujeres. Se analizaron las proporciones de las variables cualitativas: Percepción de calidad de vida con tiempo de evolución de la enfermedad, ocupación, escolaridad y género.

Percepción de la calidad de vida y género

Con respecto a la calidad de vida y el género de los pacientes encontramos que el 23.96% de los pacientes masculinos refirieron una adecuada percepción de calidad de vida (siendo estos un total de 43), mientras que 32.81% de los pacientes del género femenino, refirió una adecuada percepción de calidad de vida (63 mujeres). En contraparte el 17.19% de los pacientes masculinos perciben una baja o inadecuada calidad vida (33 hombres); y el 26.04% de las mujeres (50 mujeres). (Grafica 5)

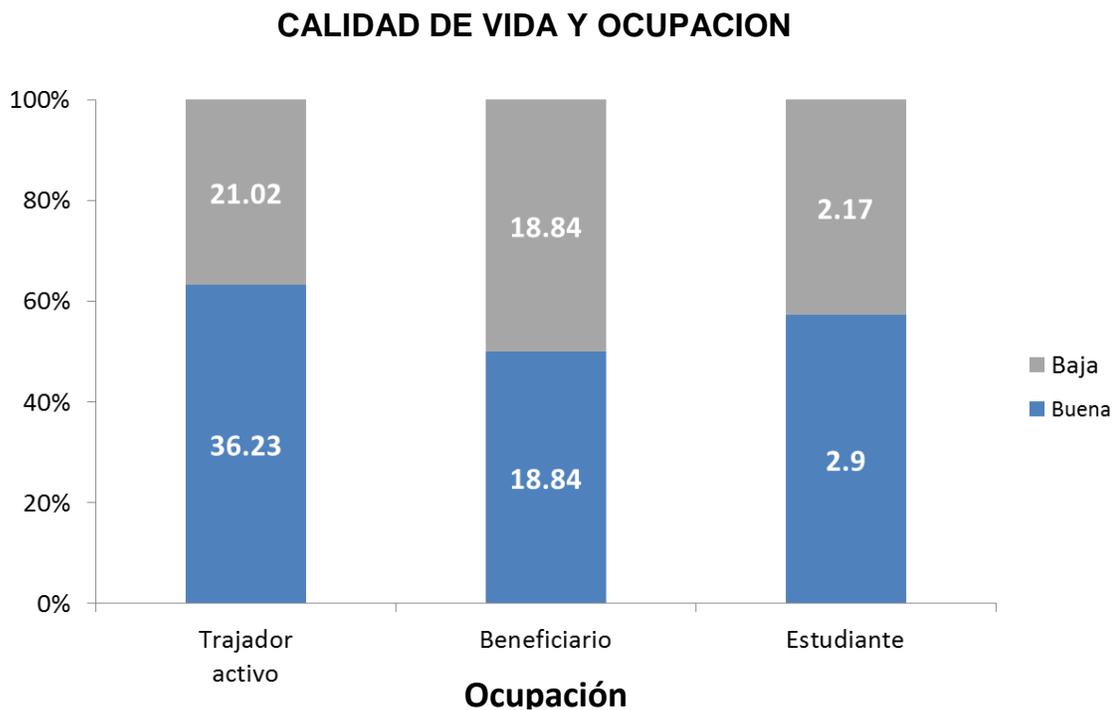


Grafica 5: En esta se presenta la calidad de vida percibida por los pacientes por género, expresada en porcentaje %.

El valor de p , utilizando Chi cuadrada de Pearson fue de 0.735, que es mayor de 0.05, con ello se traduce en que las variables de percepción de calidad de vida y género son independientes y no están relacionadas.

Percepción de la calidad de vida y ocupación

En cuanto a percepción de calidad de vida y la asociación con su ocupación encontramos una percepción buena fue de los trabajadores activos en un 36.23% (50 encuestados), seguido por los beneficiarios con 18.84% (26 encuestados) y finalmente los estudiantes con 2.9% (4 encuestados). En relación a una baja calidad de vida, el trabajador activo continua con un mayor porcentaje 21.01% (29 encuestados), en segundo lugar los beneficiarios con un porcentaje de 18.84% (26 encuestados), y en tercer lugar los estudiantes con 2.17% (3 encuestados). (Grafica 6)



Grafica 6: La grafica presenta la calidad de vida asociada a la ocupación de los pacientes. Expresada en porcentaje %.

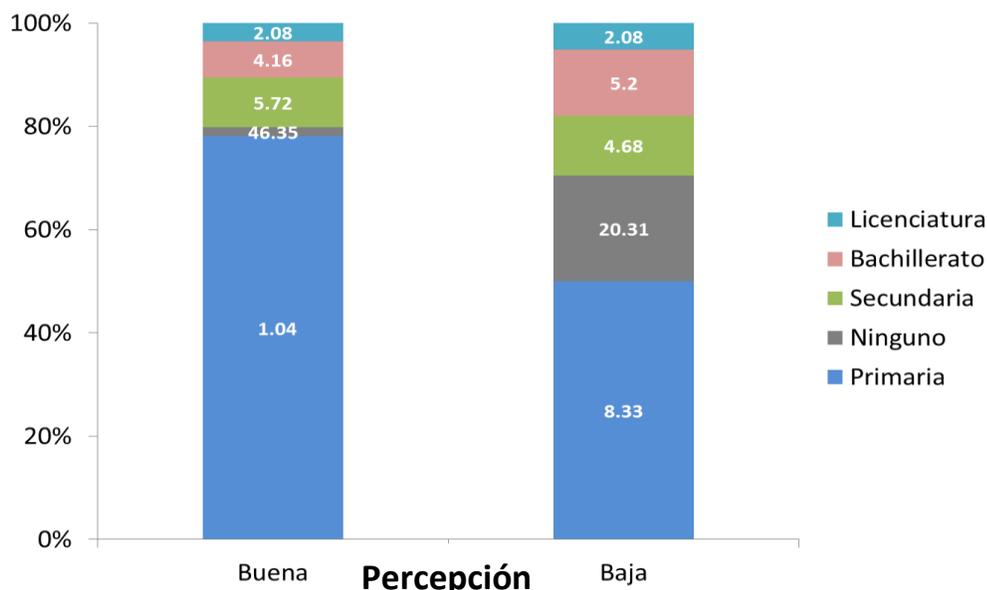
*Se realizó un cruce variables, entre la percepción de calidad de vida y ocupación, obteniéndose un valor de $p = 0.3198$, con un valor de Chi cuadrada de 2.28.

Percepción de la calidad de vida y escolaridad

En cuanto a la relación que existe entre una buena percepción de la calidad de vida y la escolaridad de los pacientes encontramos que el 46.35% (89 encuestados) de los pacientes habían cursado la escolaridad primaria siendo este el mayor porcentaje, 5.72% tenían un grado de escolaridad secundaria (11 encuestados), 4.16% contaba con estudios de bachillerato o equivalente técnico (8 encuestados), 2.08% (4 encuestados) tenían nivel licenciatura y finalmente 1.04% no tenían ningún grado de estudios, siendo este grupo un total de 114 pacientes.

De los pacientes que percibieron una baja calidad de vida (78), 20.03% (39 encuestados) son aquellos pacientes que tenían escolaridad primaria, seguidos de 8.33% (16 encuestados) sin grado de escolaridad, el tercer lugar lo ocuparon aquellos que cursaron el bachillerato con 5.20% (10 encuestados), posteriormente los de escolaridad secundaria con 4.68% (9 encuestados) y finalmente con 2.08% (4 encuestados) tenían nivel licenciatura. *(Grafica 6)*

CALIDAD DE VIDA Y ESCOLARIDAD



Grafica 7: Se observa la relación entre calidad de vida asociada y escolaridad de los pacientes. Expresada en porcentaje %.

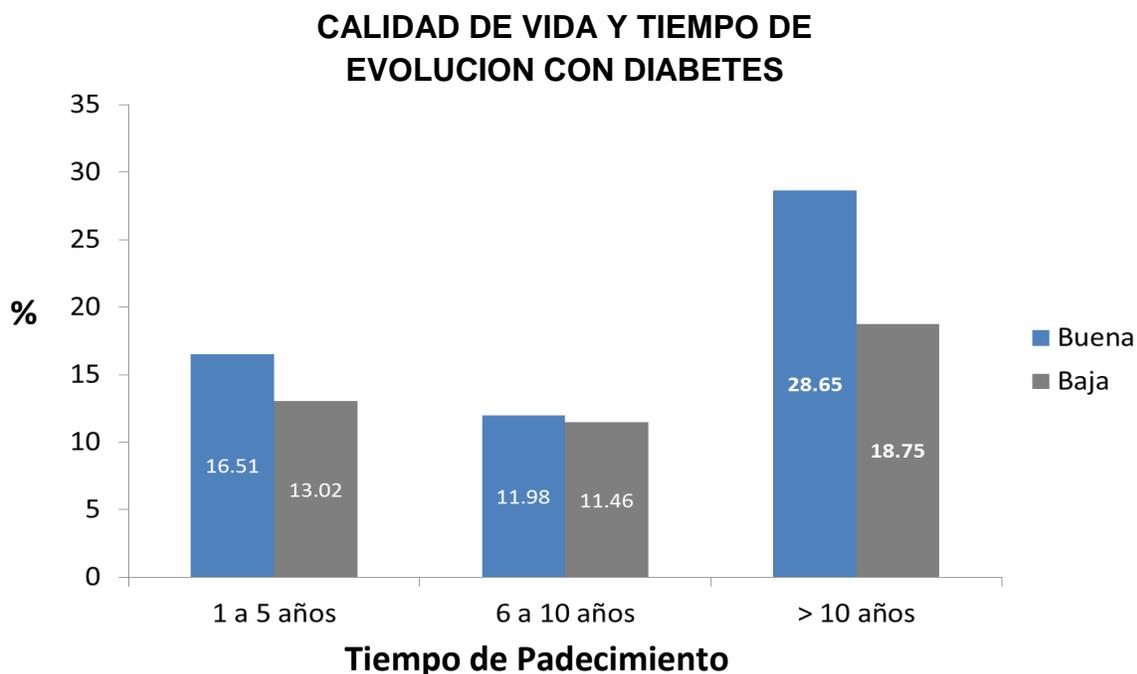
*Se calculó mediante Chi Cuadrada con un valor de Chi-cuadrada. $p = 0.533$.

Percepción de la calidad de vida y tiempo de evolución de la enfermedad

Se agruparon los años de diagnóstico del padecimiento y se obtuvieron proporciones en cuanto a la percepción de calidad de vida.

De las personas que tuvieron una percepción de buena calidad de vida, el 28.65% (55 encuestados) tenían 10 o más años de conocerse con el diagnóstico de diabetes mellitus 2 refirieron, 16. 51% (31 encuestados) tenía 1 a 5 años de conocerse con el diagnóstico y 11.98% (23 encuestados) tenía 6 a 10 años.

Los paciente que percibieron una baja calidad de vida, el mayor porcentaje 18.75% (36 encuestados) corresponde a los que tenían más de 10 años del diagnóstico de la enfermedad, 13.02% (25 encuestados) de 1 a 5 años del diagnóstico y finalmente 11.46% (22 encuestados) con 6 a 10 años del diagnóstico. (Grafica 8)



*Grafica 8: Se observa la relación entre calidad de vida asociada y el tiempo de aparición de la diabetes en los pacientes. Expresada en porcentaje %.
Se calculó mediante Chi Cuadrada. $p = 0.568$.

DISCUSIÓN:

En diversos estudios realizados en España, Estados Unidos, México, Chile y Cuba, se ha demostrado que los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 tienen un deterioro en la percepción de su calidad de vida; en ellos se concluye que esto es debido a la tensión a la que se ven sometidos emocionalmente por las restricciones dietéticas, el cambio en los estilos de vida y al consumo continuo de medicamentos a los cuales no estaban acostumbrados, lo que trae como consecuencia repercusiones emocionales y sociales.

El estudio se realizó con la finalidad de analizar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y su relación con las características sociodemográficas de los mismos, escolares, etc., lo que nos da un enfoque más persuasivo de su entorno y convivencia familiar, esto nos permite observar al individuo y su percepción del entorno social, no sólo en el aspecto biológico, al describir los componentes del deterioro de la calidad de vida en los pacientes con esta patología, permitiendo diseñar intervenciones viables y eficaces para poder incidir de forma integral en el individuo y validando una mejor relación medico paciente y con ello aumentar la adherencia al tratamiento y una mejor calidad de vida desde el punto de vista biológico, lo cual nos permite integrar un tratamiento biopsicosocial integral.

Tomando en cuenta que cada esfera del estado de salud podemos estar en condiciones de medir a los pacientes en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar el por qué dos personas con un mismo estado de salud, edad u cualquier otra variable

sociodemográfica puedan tener muy diferente percepción de su calidad de vida. Los resultados nos hablan por tanto de una pobre asociación entre las variables, al estar describiendo sólo la percepción del individuo.

Es importante señalar también como los pacientes a menor nivel de escolaridad presentan una mejor percepción de su calidad de vida, lo cual nos pudiera hablar que los pacientes al tener un menor nivel de conocimiento de la enfermedad desconocen las repercusiones de la enfermedad y esto nos habla de un severo problema que pudiera presentarse al no tener conocimientos suficientes por ellos mismos de lo que su cuerpo padece.

En cuanto al tiempo de evolución los pacientes con más años padeciendo diabetes mellitus tipo 2 se adaptan a las situaciones de cambio en sus hábitos alimenticios y estilo de vida, lo que los lleva a percibir de una mejor forma su calidad de vida.

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio arrojaron datos interesantes, algunos esperados y otros inherentes a la población de estudio la cual presentó una distribución heterogénea; algo previsto para este tipo de estudio; en la que su única constante era padecer diabetes Mellitus tipo 2.

En la relación hombres-mujeres nuestra muestra va de la mano con los resultados del último Censo de Población del INEGI encontrando un mayor porcentaje de mujeres que hombres y con respecto a la escolaridad; al ser grupos de edad avanzada con una mediana de 63 años en su mayoría sólo contaba con primaria como grado máximo de estudios; esto esperábamos que impactara al momento del cruce de datos con la percepción de la calidad de vida, pero finalmente ambos parámetros no tuvieron una significancia estadística.

La mayor relación que se encontró con respecto a la percepción de la calidad de vida fue el tiempo de evolución de la enfermedad, puesto que los pacientes que presentaron más de 10 años, percibían una mejor calidad de vida con respecto a los que presentaban una evolución de 6 a 10 años.

De las frecuencias obtenidas en la correlación entre ocupación y percepción de calidad de vida nos encontramos con una mejor percepción de la calidad de vida en trabajadores activos con respecto del resto, estas frecuencias son esperadas dado el porcentaje de los participantes del estudio, ya que la mayor proporción de sujetos estudiados correspondió a trabajadores activos; de acuerdo con las frecuencias de baja percepción de calidad de vida de igual manera los trabajadores activos presentaron una

mayor frecuencia con respecto al resto de la muestra, confirmando con ello que la mayor proporción de sujetos estudiados pertenecían a este grupo.

En esta investigación se determinó que la diferencia de las proporciones entre las variables sociodemográficas y la percepción de la calidad de vida no fueron estadísticamente significativas, esto debido a que el objeto del estudio es de naturaleza cualitativa y sus parámetros de medición subjetivos.

Finalmente la conclusión de este estudio nos muestra que en general la mayoría de los encuestados presento una buena percepción de la calidad de vida.

Sería de interés en estudios posteriores analizar si los pacientes que se encuentran en el grupo de entre 6 a 10 años de evolución de la diabetes, pudieran cambiar su percepción al cumplir los 10 años y valorar la asociación entre estos; determinando, si la adaptación a los cambios de estilo de vida realmente disminuyen el riesgo de presentar una baja percepción de la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, y con ello buscar mecanismos para lograr desarrollar un mecanismo que nos permita persuadir a los pacientes a lograr un cambio de estilo de vida en menor tiempo y con ello no solo mejorar su percepción si no también mejorar su padecimiento desde el punto de vista biológico.

Igualmente en estudios posteriores se puede relacionar la percepción de baja calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y el aumento en cada una de sus complicaciones: La neuropatía, la ceguera secundaria a retinopatía, la insuficiencia renal crónica, el daño cardiovascular, la Invalidez y en el peor de los casos la muerte prematura.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Nota descriptiva No. 312. Septiembre 2012. Diabetes. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
2. ENSANUT 2012 <http://ensanut.insp.mx/informes.php#.UgWIDW15iOA>
3. García H, Calvancece N. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Psicología Salud* 2008;18-1.
4. Contreras F, Esguerra GA, Espinosa JC, Gómez V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana Psicología* 2007;10:169-179.
5. Organización Panamericana de la Salud. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. Washington D.C. : OPS, 2010.
6. García-Peña MC, Reyes-Morales H, Garduño-Espinosa J, Fajardo-Gutiérrez A, Martínez-García C. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *RevMed IMSS* 1995;33:293-298.
7. WorldHealthOrganization. The prevention of Diabetes Mellitus and Its Complications. Organización Mundial de la Salud. 2008.
8. Barrios S., Guerrero V., Ríos J., Sánchez-Sosa J. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS* 2004; 42:109-116.
9. Oviedo- Gómez M., Reidl L. Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo2 .*Revista Mexicana de Psicología* 2007; 24:31-42.
10. López J M, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Méx* [serial onthe Internet]. 2006 June [cited 2013 Aug 09] ; 48(3): 200-211.
11. Hernández, Alberto, y otros. La calidad de la vida del paciente diabético. 1, La Habana : Rev Cubana Med Gen Integr, 2000, Vol. 16, págs. 50-56.
12. Melchior, AC, y otros. Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. 1, Brasil : s.n., 2004, *SeguimFarmacoter*, Vol. 2, págs. 1-11.

13. Cunha, Madalena. Calidad de vida y diabetes: variables psico-sociales. Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. 2004. Doctorado en desarrollo e intervención psicológica.
14. Boyer JG, Earp JAL. The development of an instrument for as sessing the quality of life of people with diabetes. *MedCare* 1997;35:440-453.
15. Garrat AM, Schmidt L, Fitzpatrick R. Patient-assessed health out come measures for diabetes: a structured review. *DiabetMed* 2002;19:1-11
16. Monroy Velásquez O; M Rosas Peralta; A Lara Esqueda; G Pastelón Hernández; y cols. 2003. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no trasmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México *ArchCard. Mex.*; 73(1): 62-77.
17. Rojas R, Palma O, Quintana I, Rivera J, Shama T, Villalpando S, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. 2006. www.insp.mx/ensanut/
18. Secretaria de Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud, México, 2007 consultado en <http://evaluación.salud.gob.mx>
- 19.19. Gutierrez G, Flores S, Fernández I, Martínez O, Velazco V, Fernández S, Muñoz O, Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos. *Rev Med IMSS* 2006; 44 (supl 1): S3-S21.
20. Alpizar SM, BJA Pizaña y AA Zárte 1999. La diabetes mellitus en el adulto mayor. *RevMed IMSS*; 37(2):117-125.
21. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) 2002. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, D.F. 2002.
22. Lerman GI. Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus en: Atención integral del paciente diabético. México: McGraw Hill 2003 pp. 37-51.
23. Neel JV. 1999. The "thriftygenotype" in 1998. *NutritionReviews*; 57(5):52-59.
24. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983. 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989. 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea

General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013

25. http://www.imss.gob.mx/profesionales/cis/Documents/bioseguridad/SSA-NOM/LEY_GENERAL_DE_SALUD_2012.pdf

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION POR ESCRITO
PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)**

Nombre del estudio:

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON MELLITUS DIABETES TIPO 2 DE LA UMF No. 91
EN GUADALAJARA, JALISCO.**

Lugar y fecha: **Guadalajara, Jal. a** _____ **de** _____ **del 20** _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Evaluar la percepción de Calidad de Vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF no 91 en Guadalajara, Jalisco.

Procedimientos: Se procederá a ir a la sala de consulta externa de medicina familiar de la UMF No 91 a invitar a todos los pacientes diabéticos tipo 2 a participar para evaluar la percepción de calidad de vida llenando un instrumento de forma voluntaria hasta completar la muestra de pacientes y después se evaluará el cuestionario.

Posibles riesgos y molestias: riesgo es mínimo ya que tendrá que llenar un cuestionario

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: el beneficio que recibirán es el resultado de la información y dependiendo del resultado se integrará a un grupo de diabéticos si así lo ameritara y desea.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: se le brindará el resultado y las alternativas de apoyo que requiera en caso necesario.

Participación o retiro: todos los pacientes tienen derecho a participar o retirarse en el momento que lo desee

Privacidad y confidencialidad: siempre se cuidará la privacidad y confidencialidad de los datos o información obtenida En caso de colección de material biológico (si aplica)

_____ **No autorizo que se tome la muestra.**

_____ **Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.**

_____ **Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.**

Beneficios al término del estudio: saber que percepción tiene sobre su calidad de vida con su enfermedad En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Luis Raul Pacheco Vallejo en la Jefatura de Departamento Clínico de la UMF No 91 tel. 3812 2089 ext 31407

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

FECHA			FOLIO						
NOMBRE									
EDAD		SEXO	M	F	SEGURO	ASEGURADO	BENEFICIARIO	FACULTATIVO	ESTUDIANTE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	UNIÓN LIBRE			
ESCOLARIDAD	NINGUNA	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	PROFESIONAL	OTRO			
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	TRABAJADOR	JUBILADO	ESTUDIANTE	DESEMPLEADO				
TIEMPO DE ENFERMEDAD			EDAD AL DIAGNOSTICO			GLUCOSA			

INSTRUMENTO DIABETES 39

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF No. 91

La calidad de vida de las personas está afectada por muchas causas. Estas causas pueden incluir el estado de salud, la oportunidad para vacacionar o divertirse, los amigos, la familia o el trabajo.

El siguiente cuestionario se diseñó para ayudar a conocer lo que afecta la calidad de vida en las personas con diabetes.

Las siguientes preguntas se relacionan con el grado de afectación que la diabetes le ocasionó en su calidad de vida *durante el último mes*. Se le agradecerá que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste colocando una cruz (X) en el cuadro del número que refleje mejor el grado de afectación en su vida respecto a cada una de las preguntas señaladas, tomando en cuenta que el número 1 indica falta de afectación y, al avanzar la numeración, aumenta el grado de afectación en forma progresiva hasta llegar al máximo, que es el número 7, que indica afectación extrema.

Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica *responder todas las preguntas*

CUESTIONARIO DIABETES 39								
Durante el último mes, ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?								
1. El horario de los medicamentos para su diabetes								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
2. Preocupaciones por problemas económicos								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
3. Limitación en su nivel de energía								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
6. Estar preocupado(a) por su futuro								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
7. Otros problemas de salud aparte de la diabetes								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
8. Tensiones o presiones en su vida								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
9. Sensación de debilidad								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada
12. Visión borrosa o pérdida de la visión								
Nada afectada en absoluto	1	2	3	4	5	6	7	Sumamente afectada

13. No poder hacer lo que quisiera								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
14. Tener diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
15. El descontrol de su azúcar en sangre								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
18. El tiempo requerido para controlar su diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
20. La vergüenza producida por tener diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
22. Sentirse triste o deprimido								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
23. Problemas con respecto a su capacidad sexual								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
24. Tener bien controlada su diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
25. Complicaciones debidas a su diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
29. No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>

30. Menor interés en su vida sexual								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
31. Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
32. Tener que descansar a menudo								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
33. Problemas al subir escaleras								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
34. Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
35. Tener el sueño intranquilo								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
36. Andar más despacio que otras personas								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
37. Ser identificado como diabético								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
38. Interferencia de la diabetes en su vida familiar								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
39. La diabetes en general								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
Calificación individual								
40. Indique la calificación de su calidad de vida								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente afectada</i>
41. Indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes								
<i>Nada afectada en absoluto</i>	1	2	3	4	5	6	7	<i>Sumamente</i>