



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE LA SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 9

**“CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DMT2
DE LA UMF9.”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. VENTURA ITZEL PARADA CASTRO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

REGISTRO:
R-2013-1101-12

ACAPULCO GRO; ENERO 2015



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1101
U MED FAMILIAR NUM 9, GUERRERO

FECHA 30/03/2013

MTR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DMT2 DE LA UMF9."

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1101-12

ATENTAMENTE

DR.(A). MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1101

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

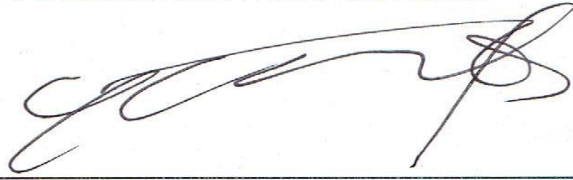
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO

COORDINACIÓN DELEGACIONAL EN SALUD

**“CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DMT2
DE LA UMF9”**

DIRECTOR DE TESIS

DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS



VENTURA ITZEL PARADA CASTRO



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

**CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DM TIPO
2 DE LA UME-9**

Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Francisco Barbosa Castañeda

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud

Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud



Dra. Virginia Palacios Castillo

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar

72 AÑOS
DE HISTORIA



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi director de tesis Dr. Luis Amador Ríos Oliveros por su tiempo y apoyo en la elaboración de esta tesis. Es un gran ser humano, gracias por todo.

A mis inolvidables amigos Ángeles Salgado y Baltazar Joanico porque me brindaron lo mejor que es su amistad y porque sin su apoyo este proyecto no hubiera sido posible.

A mis grandes amigos de la residencia por los momentos que pasamos juntos y la gran familia que formamos. La unión hace la fuerza. Elizabeth Marín, Anayeli Sánchez, ángeles Salgado, Baltazar Joanico, Diego Hernández, Deyanira Jiménez, Cinthya López, Soberanis Ayerdi, Italia Robles, Vanesa Jiménez, Verónica Estrada, Francisco Perea, Perfecto Solano, Zozimo Cardoso, Juan Chinito, Jazmín Jessiel, Octavio Ramírez, Brenda López, los voy a extrañar a todos.

A Miguel Ángel González Catalán por ser partícipe de mis sueños y por el apoyo incondicional para finalizar este proyecto, por el amor y la confianza. Gracias por impulsarme a ser mejor.

DEDICATORIA

A mi Madre Dinorah Castro Polanco

Por su apoyo incondicional, por motivarme, por encaminarme a prepararme profesionalmente y nunca darme por vencida, gracias mami por tu dedicación y esfuerzo conmigo, por el gran ejemplo que me has dado, sin ti no hubiera logrado esto.

A mis hermanas Dinorah, Arely, Jenny y Diana

Por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida y por enseñarme el valor de una familia, las amo infinitamente. Ustedes son mi motor.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Capítulo 1	Resumen..... 1
	Introducción..... 2
Capítulo 2	Marco teórico..... 4
	2.1 Planteamiento del problema..... 16
	2.2 Justificación..... 18
	2.3 Objetivo general..... 19
	2.4 Objetivos específicos..... 19
Capítulo 3	Material y métodos..... 20
	3.1 Diseño de estudio..... 20
	3.2 Periodo de estudio..... 20
	3.3 Lugar de estudio..... 20
	3.4 Universo de trabajo..... 20
	3.5 Definición y operacionalización de variables..... 21
	3.6 Criterios de selección..... 24
	3.6.1 Criterios de inclusión..... 24
	3.6.2 Criterios de exclusión..... 24
	3.7 Instrumento de recolección de la información..... 25
	3.8 Descripción general del estudio..... 26
	3.9 Consideraciones éticas..... 27
Capítulo 4	Resultados..... 28
Capítulo 5	Discusión..... 37
Capítulo 6	Conclusiones..... 41
Capítulo 7	Recomendaciones..... 43
Capítulo 8	Referencias..... 44
Anexos	1.- Consentimiento informado..... 50
	2.- Cuestionario Diabetes 39..... 51

LISTA DE ABREVIATURAS

DM: Diabetes mellitus

DMT1: Diabetes mellitus tipo 1

DMT2: Diabetes mellitus tipo 2

OMS: Organización mundial de la salud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada a la salud

GPC: Guía de Práctica Clínica

Hb A1c%: Hemoglobina glucosilada

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ADA: American Diabetes Association

UMF: Unidad de medicina familiar

HTA: Hipertensión Arterial

1. RESUMEN

Título: “Calidad de vida y factores asociados en pacientes con DMT2 de la UMF9.”

Introducción: La calidad de vida implica la evaluación global que un sujeto hace de su vida con base en sus características personales (demográficas, valores, personalidad) y en factores externos entre los que se encuentran las enfermedades y el tratamiento que éstas requieren. ⁽¹⁾

Objetivo: Evaluar la Calidad de vida y factores asociados en pacientes con DMT2 de la UMF9.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico, mediante muestreo no probabilístico a 290 pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No. 9, IMSS Acapulco en el periodo de octubre de 2013 a abril de 2014. Con la aplicación del cuestionario validado sobre Calidad de vida “Diabetes 39” y la revisión de expedientes clínicos electrónicos. Se efectuó captura de datos en el programa Epi data y el análisis estadístico en el programa CIET-map.

Resultados: El 19% de los diabéticos tiene una excelente calidad de vida, buena 49%, mala 25% y deficiente 7%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre control glucémico deficiente y mala calidad de vida, lo cual traduce que una persona con control glucémico deficiente tiene 56 veces el riesgo de tener mala calidad de vida.

Conclusiones: Existe una relación entre control glucémico deficiente y mala calidad de vida por lo que el médico familiar debe brindar apoyo por un equipo multidisciplinario con la finalidad de mantener un adecuado control glucémico.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida incluye las esferas física, psicológica y social vistas como áreas diferentes que están influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de las personas. Cada esfera del estado de salud puede medirse en dos dimensiones: una evaluación objetiva del funcionamiento y una percepción subjetiva del individuo. Esta última puede explicar que dos personas con un mismo estado de salud puedan tener muy diferente calidad de vida. ⁽¹⁾

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 la calidad de vida de quienes la padecen. ⁽¹⁾

La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) representa en México un asunto de preocupación en salud pública. Requieren especial atención, puesto que en su desarrollo y evolución se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la prevención primaria y la promoción comunitaria de la salud. ⁽²⁾

Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. La DMT2 es una de las principales causas de morbilidad asociada con el actual modelo económico y social, con serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros. ⁽²⁾

El tratamiento y control de la DMT2 revelan un alto costo económico y social, sobre todo ocasionado por las complicaciones, lo que implica una pérdida de la salud. ⁽²⁾

Se ha reportado como predictores de la calidad de vida: el tiempo de padecimiento de la enfermedad, el presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y sólo tratamiento farmacológico como parte de su atención médica. ⁽³⁾

Lo anterior repercute sin lugar a duda en la percepción de la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. Es de gran importancia la investigación sobre los factores que deterioren la calidad de vida con la finalidad de generar intervenciones efectivas por parte del equipo de salud para disminuir la incidencia de complicaciones y la calidad de vida no se vea afectada.

2. MARCO TEÓRICO

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con la participación de diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, con efectos sobre el metabolismo intermedio de carbohidratos, lípidos y proteínas. Suelen distinguirse dos formas principales de DM, la tipo 1 (DMT1) y la tipo 2 (DMT2), la primera es debida principalmente a una reacción de tipo autoinmune. La DMT2 se presenta en los sujetos adultos y cursa con resistencia periférica a la insulina, por lo que la terapia está encaminada a reforzar la sensibilidad a la hormona. ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial consideran a la diabetes como problema de salud pública. En sólo dos décadas los estudios epidemiológicos han tenido un gran impacto en la investigación, diagnóstico, atención y prevención de la diabetes. ⁽⁵⁾

La DM y la hipertensión son los padecimientos más importantes dentro de la consulta del médico familiar. Su impacto complicará la prestación de los servicios de salud debido a que para su adecuado control los individuos con dichas patologías demandan un número creciente de consultas subsecuentes. Los servicios tendrán que prepararse para prevenir las complicaciones y atender la discapacidad asociada. ⁽⁶⁾

Cada vez se diagnostica más diabetes mellitus en estadios avanzados de complicaciones tardías y es un reto el diagnóstico temprano así como encontrar los factores de riesgos asociados presentes en la comunidad a fin de proponer una estrategia preventiva de la enfermedad. ⁽⁷⁾ Este aumento progresivo puede frenarse con el reforzamiento en la calidad de atención de los programas de cobertura para la prevención y el tratamiento de la diabetes mellitus, utilizando la atención primaria a la salud. ⁽⁸⁾

Escenario Epidemiológico. En el mundo existen 285 millones de personas con DMT2 (2010) y se espera que se incremente a 439 millones en el año 2030. ⁽⁹⁾

Las personas entre los 49 y 59 años constituyen el 46% de la población mundial con DMT2, un 80% de ellos viven en países en vías de desarrollo con bajos ingresos y recursos sanitarios limitados. La DMT2 es la principal causa de muerte en el mundo. ⁽⁹⁾

En **México** a partir del año 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes). ⁽¹⁰⁾

La DM es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas. Para el 2005 se calcula que en nuestro país tuvimos una incidencia registrada de 400 mil nuevos casos por año. ⁽¹¹⁾

13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes. El grupo de edad con más muertes por diabetes: entre los 40 y los 55 años. En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes. La diabetes es la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva. También es la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y el 60% de todas las amputaciones por cualquier causa ⁽¹¹⁾ Así también es la causante de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, y un factor de riesgo cardiovascular. Los costos económicos asociados representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes y sus familias. ⁽¹²⁾

De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, la prevalencia nacional de DM en hombres y mujeres adultos de más de 20 años fue de 9.2%, en el estado de Guerrero la prevalencia fluctúa entre el 7.7 y 8.1%. ⁽¹³⁾

El incremento del número de Diabéticos es resultado del envejecimiento poblacional y de los patrones culturales existentes en México. Esta población presenta mayor número de complicaciones macro y microvasculares, con lo cual disminuyen considerablemente su funcionalidad física, psicológica y social del adulto mayor, produciéndole incapacidades, amputaciones, ceguera, deterioro mental, depresión y como consecuencia de todo ello una mala calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

La salud y la ausencia de limitaciones, son parámetros importantes a considerar para lograr una buena calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

Calman en 1987 define a la calidad de vida (CV) como la satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar la medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente. ⁽¹⁵⁾

Ferrans en 1990 define CV General como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. ⁽¹⁵⁾

Martin & Stockler en 1998 la definen como el tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida. ⁽¹⁵⁾

Casas en 1999 describe el concepto de CV propiamente como “las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en que se hallan inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales”. ⁽¹⁶⁾

Tonon en el 2005, sostiene que se trata de una manera de “contribuir al estudio del bienestar de las personas, tanto desde la perspectiva del bienestar físico como del bienestar psicológico, relacionando las necesidades materiales con las socio-afectivas e integrando mediciones psicológicas y psicosociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos”. ⁽¹⁶⁾

La CV puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social, y los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales:

1. Mortalidad
2. Morbilidad
3. Incapacidad ⁽¹⁶⁾

4. Incomodidad

5. Insatisfacción ⁽¹⁶⁾

A pesar del uso de las medidas epidemiológicas de morbilidad y mortalidad surgen los índices de calidad de vida que permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente. ⁽¹⁷⁾

Además estos índices caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida. ⁽¹⁷⁾

En 1948, la OMS definió la **Salud** como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud. ⁽¹⁸⁾

La OMS ha definido la CV como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. ⁽¹⁹⁾

El concepto multidimensional incluye la situación económica, estilos de vida, salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Por ello, la CV se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la CV consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales. ⁽¹⁹⁾

Otra definición de CV existente y muy apropiada para su estudio es la siguiente: “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar”. ⁽²⁰⁾

Esta definición retoma los aspectos importantes de cómo se percibe la propia salud y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercebida, la cual nos facilita tener un acercamiento a la propia subjetividad de las personas en el contexto de la CV. ⁽²⁰⁾

En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes, 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 su salud. ⁽²⁰⁾

Son componentes importantes de la CV, la capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida, estos factores, requieren de una medición más especializada, donde se incorporen, no sólo escalas de medición, sino metodología cualitativa que logre captar parte de la subjetividad y de los significados que las personas otorgan a su estado de salud o enfermedad y su impacto sobre la CV. ⁽²⁰⁾

Es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento (por sus efectos adversos). Los instrumentos para medirla deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos. ⁽²¹⁾

El término de CV y en especial los aspectos psicológicos que la integran se han trabajado intensamente en los últimos años incluyendo medidas relacionadas a mejorar los estilos de vida. ⁽²²⁾

El papel activo que los seres humanos pueden tener en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad. Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud y hasta de factores protectores para referirse a todo aquello que un ser humano puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. ⁽²³⁾

Por otro lado, se habla también de estilos de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos inadecuados e igualmente, hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio o largo plazo.

(24)

La OMS considera al **estilo de vida** como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. Se ha propuesto que los estilos de vida son patrones de conducta que se eligen de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para decidir y a sus circunstancias socioeconómicas. (24)

Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural. (25)

Se define al estilo de vida como factor de riesgo para la incidencia de DMT2 en la población, con detrimento de su calidad de vida y se establece la necesidad de la modificación de los estilos de vida para el control de la enfermedad y conservación de la CV. (25)

La DMT2 acorta la expectativa de vida, empeora el pronóstico funcional y se asocia a complicaciones potencialmente letales. Los pacientes atraviesan períodos de tensión emocional al someterse a restricciones dietéticas y físicas, con serias repercusiones emocionales y sociales, afectando todos los aspectos de su vida. (26)

El tratamiento es de por vida, pudiendo la enfermedad provocar complicaciones en los pacientes, afectando seriamente su **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS), entendida ésta como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud. ⁽²⁶⁾

Diversos factores se han reportado vinculados a una mejor o peor CV en personas con DMT2 tales como el sexo, edad, la presencia de una pareja, nivel de estudios, apoyo social, índice de masa corporal, complicaciones derivadas, comorbilidades asociadas, tipo de tratamiento y satisfacción con éste, control glucémico y la satisfacción con la salud. ⁽²⁶⁾

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. ⁽²⁷⁾

En 1997 Rodríguez y Cols. realizaron un estudio de casos y controles de pacientes con DMT2 que acudían al primer nivel de atención en las unidades médicas del IMSS en Durango; México. La muestra se integró con 82 pacientes, 32 casos y 50 controles donde el objetivo era determinar la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. El 87.5% de los pacientes en el grupo de los casos y 30% en el de los controles considera al apoyo familiar como útil para el control de su enfermedad, mientras que el 12.5% de los casos y 70% de los controles lo perciben como inútil o indiferente. ⁽²⁷⁾

El control metabólico del paciente diabético retrasa el inicio de las complicaciones crónicas; así un tratamiento intensivo que mantiene los niveles de glucemia en ayuno por debajo de los 120mg/dl retarda el inicio de la retinopatía y reduce el riesgo de albuminuria y el desarrollo de la neuropatía. ⁽²⁷⁾

El control de la glucemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento, depende de un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad, en las que, el tomar los medicamentos, realizar ejercicio y adherirse a la dieta adquieren un papel igualmente preponderante. ⁽²⁷⁾

La Guía de Práctica Clínica (GPC) del IMSS para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 establece las metas de control metabólico que también son las empleadas por la American Diabetes Association (ADA) 2011.

(28)

Cuadro 1. Criterios de control metabólico

Parámetro	Meta de control
HbA1c (%)	<7
Glucemia basal y preprandial (*)	70-130
Glucemia posprandial (*)	< 140
Colesterol total (mg/dl)	<200
LDL (mg/dl)	<100 ⁽¹⁾
HDL (mg/dl)	>40 ♂ 50 ♀
Triglicéridos (mg/dl)	<150
Presión arterial (mmHg)	<130/80 ⁽²⁾
Peso (IMC=Kg/m ²)	IMC<25
Cintura (cm)	<90 ♂ 80 ♀
Consumo de tabaco	No

Fuente: GPC del IMSS para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

La mejoría de la CVRS representa el objetivo último de todas las intervenciones sanitarias en los pacientes con DMT2. 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. ⁽²⁹⁾

La CV es un constructo multidimensional que comprendería tres dimensiones fundamentalmente:

- a) Dimensión física: percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. ⁽³⁰⁾

- b) Dimensión psicológica: percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- c) Dimensión social: percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral. ⁽³⁰⁾

En el año 2003 Mata realizó en España un estudio transversal con 1041 pacientes seleccionados de forma aleatoria de 29 centros de atención primaria evaluando el impacto de la DMT2 en la CVRS y la influencia de las variables sociodemográficas y clínicas. Sólo 888 pacientes completaron el estudio. Se encontraron diferencias en el tiempo de evolución de la DMT2 observando mayor cumplimentación entre los pacientes con más tiempo de evolución de la enfermedad ($p= 0.04$). Los pacientes presentaban peor estado de salud que la población general ($p < 0,01$). Se observó una mejor CVRS en los pacientes varones, más jóvenes, no obesos, sin complicaciones asociadas a la DMT2 y sin tratamiento con insulina ($p < 0,05$). ⁽³¹⁾

Robles García en el año 2003 llevó a cabo un estudio transversal a 152 pacientes de clínicas de IMSS de la ciudad de México y Jalisco en donde los resultados más relevantes fueron que se encontraron diferencias estadísticamente significativas por género en la dimensión de calidad de vida «preocupación por eventos futuros de la Diabetes». Las mujeres presentaron una mayor puntuación respecto a los hombres ($p=.006$). Además las personas con pareja obtuvieron una puntuación mayor de calidad de vida con respecto a las personas sin pareja ($p=.05$). Finalmente, se registraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a si llevaban o no a cabo un plan de alimentación para el tratamiento de la enfermedad: las personas que lo hacían obtuvieron una puntuación total de calidad de vida menor en comparación con las que no lo hacían ($p= .041$). ⁽³²⁾

En el año 2004 en San Luís Potosí, De los Ríos efectuó un estudio expo facto transversal a 100 pacientes con DMT2 para determinar el impacto del deterioro de la CV, reportaron en el área de interacción médica que 46 % fue adecuada y en 34 % había deterioro severo, $p < 0.000$. Dentro del área sexual 54 % no presentó deterioro, a diferencia de 29 % con severo ($p < 0.000$), sobresaliendo en este último rubro la disfunción sexual. Se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.000$) al relacionar el índice de deterioro de la CV con el tiempo de evolución de la enfermedad de más de cinco años, el nivel educativo bajo y la edad mayor de 50 años. ⁽²⁾

En cuanto a variables clínicas se han reportado como predictores de la calidad de vida: el tiempo de padecimiento de la enfermedad, al presentar complicaciones relacionadas con la enfermedad, la inactividad física y sólo el tratamiento farmacológico como parte de su atención médica. ⁽³³⁾

Cárdenas en el año 2005 en Monterrey Nuevo León, llevó a cabo un estudio a 137 pacientes con DMT2 para describir la percepción de su CV de forma general. Se observó que las personas con una mayor escolaridad reportaron mayor CV ($p < 0.04$). Los hombres refirieron mayor CV general que las mujeres ($p < 0.03$). Pero las mujeres manifestaron estar más satisfechas con el tratamiento ($p < 0.03$). Así también se identificó que a mayor nivel de Hemoglobina glucosilada (HbA1c) menor satisfacción con el tratamiento ($p < 0.01$). Las personas que se clasificaron con obesidad reportaron puntajes más bajos de satisfacción con el tratamiento ($p < 0.01$) comparados con los de sobrepeso y normales. Por último aquellos pacientes con tratamiento de dieta y ejercicio referían una mayor satisfacción que quienes realizaban otro tipo de tratamiento ($p < 0.02$). ⁽³³⁾

La concentración de hemoglobina A glucosilada (HbA1c) ha sido descrita como un importante marcador biológico para la supervisión de los pacientes diabéticos en tratamiento. Los niveles de HbA1c reflejan el promedio de las concentraciones de glucosa plasmática durante los 3 o 4 meses anteriores y se emplea como una medida indirecta de la calidad del control en el que se encuentra un sujeto con DM. ⁽³⁴⁾

Los lineamientos internacionales recomiendan niveles menores a 7% de HbA1c como un buen control glucémico debido a que niveles debajo de esta cifra han demostrado atenuar las complicaciones microvasculares y neuropáticas de la diabetes tipo 1 y 2. ⁽³⁴⁾

En el año 2006 López desarrolló un estudio transversal en Coacalco, Estado de México con 249 pacientes de los 17 consultorios de esa unidad. Los resultados mostraron mayor afectación en las mujeres en la sección energía y movilidad ($p=0.02$). Presentan mayor ansiedad y preocupación por la diabetes los pacientes <60 años que los mayores de esta edad ($p<0.01$), en tanto que los menores de 70 años califican con mayor afectación en el dominio Funcionamiento sexual que los mayores de esa edad ($p<0.01$). El modelo multivariado de regresión logística identificó como variables predictoras de peor calidad de vida a la presencia de dos o más enfermedades concomitantes, evolución mayor de 10 años y HbA1C >8%, todas con ($p<0.05$). ⁽¹⁾

Casanova Moreno en el policlínico Hermanos Cruz en Cuba del año 2010, realizó un estudio transversal a 91 pacientes para valorar algunos aspectos relacionados con la CV en donde encontró que se vieron afectados el grupo de diabéticos con más de 10 años de evolución, los que presentaban sobrepeso, los portadores de enfermedades cerebrovasculares y con más de una enfermedad crónica no transmisible asociada, de forma general la CV se vio afectada en el estado de ánimo negativo, la capacidad psicológica y física así como el estado de ánimo positivo. ⁽³⁵⁾

Salazar Estrada en el año 2012 en la zona metropolitana de Guadalajara llevó a cabo un estudio transversal con 198 pacientes diabéticos utilizando el cuestionario Diabetes 39 en donde la media de edad de los participantes fue de $55,26 \pm 9.7$ años, la mayor parte de las mujeres (85%) se dedican al hogar y cerca de dos terceras partes de los hombres (75%) son trabajadores activos. ⁽³⁶⁾

La mayoría informó que no tiene complicaciones relacionadas con la diabetes (76.7%) y del total casi la mitad (47.9%) fueron tratados con dieta. Más de un tercio (44.4%) tenía una HbA1c inferior a 7%, siendo las mujeres con un porcentaje menor (32.2). ⁽³⁶⁾

La duración media de diabetes conocida fue de entre 8 y 9 años. De los cinco dominios que abarca el cuestionario los de energía y movilidad y el de funcionamiento sexual fueron los más afectados con mayor media muestral. ⁽³⁶⁾

Parámetros que determinan la CV en el Diabético tipo 2

Se resume que dentro de los factores que afectan a la CV se relacionan con los siguientes aspectos:

- Variaciones en el estilo de vida derivados del esquema terapéutico: horarios, dieta, necesidad de recibir medicación parenteral en esquemas temporales rígidos
- Cortejo sintomático derivado del mal control metabólico
- Complicaciones crónicas microangiopáticas
- Complicaciones crónicas vasculares
- Discapacidad física secundaria a amputaciones, secuelas de complicaciones clásicas
- Discapacidad física de origen no aclarado y no relacionada con complicaciones clásicas (hasta un 50% en de edad avanzada)
- Deterioro cognitivo
- Trastornos afectivos y depresión franca
- Cambios en el entorno social, como secuelas del tratamiento de la enfermedad o discapacidad generada
- Otras complicaciones como la disfunción eréctil o la deficiencia visual ⁽³⁷⁾

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, la diabetes se ha convertido en la primera causa de muerte al contribuir con 12% del total de muertes. En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años.

La atención de esta enfermedad cuesta a los sistemas de salud hasta 15% del total de sus recursos y es el rubro del gasto más importante del IMSS. Este costo de atención se debe principalmente a las complicaciones secundarias de la enfermedad.

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 la calidad de vida de quienes la padecen. Se han realizado investigaciones en donde se ha encontrado deterioro de la calidad de vida en los pacientes diabéticos asociado a diversos factores, ya sea por algunas características sociodemográficas de la población y las desencadenadas por la evolución propia de la enfermedad.

Dentro de los factores que más se ha asociado a una peor calidad de vida se encuentran las complicaciones tardías de la diabetes, presencia de comorbilidades, evolución mayor a 10 años de la enfermedad y un control glucémico deficiente.

El Médico Familiar como primer contacto con los pacientes diabéticos debe brindar un manejo integral para mantener un control glucémico ideal que precisamente evite las complicaciones tanto agudas como crónicas de la enfermedad y esto a su vez mejore la calidad de vida de su población diabética.

Es importante tomar decisiones sobre la implementación de formas de cuidado de la salud y la asignación de los recursos físicos, materiales y financieros del Sistema de Salud con el que contamos para brindar una mejor atención al paciente y promocionar un estilo de vida más saludable.

La problemática de este estudio de investigación está centrada en conocer los factores que influyen en los pacientes diabéticos para tener una buena calidad de vida, ya que no contamos con ningún proyecto en nuestra unidad que lo evalúe; planteándose la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Calidad de Vida y factores asociados en pacientes con DMT2 de la UMF9?

2.2 JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida permite la evaluación tanto del impacto de los programas de salud como de las intervenciones terapéuticas, así también su relación costo-beneficio, obteniendo datos desde una perspectiva amplia al medir dimensiones físicas, psicológicas y sociales de los pacientes en que se ve afectada.

Es muy importante que el Médico Familiar evalúe ésta esfera con la finalidad de programar actividades preventivas y de promoción a la salud para grupos ya diagnosticados como aquellos que estén en riesgo de padecer la enfermedad.

Lo que se pretende con este estudio es unificar criterios para brindar apoyo por un equipo multidisciplinario como nutrición, psicología, enfermería, trabajo social, estomatología y la promoción deportiva con la finalidad de mantener un adecuado control metabólico.

Es necesario proponer estrategias en beneficio de los pacientes que puedan influir en la disminución de complicaciones generando una mejor calidad de vida y así disminuir el número de incapacidades o ausentismos laborales, menor gasto en medicamentos, menos ingresos hospitalarios y evitar las pensiones por invalidez, controlando de esta forma los costos humanos e institucionales.

En conclusión este estudio permite mostrar con una mejor dimensión los elementos que se asocian al deterioro de la calidad de vida de los pacientes con DMT2.

2.3 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la Calidad de vida y factores asociados en pacientes con DMT2 de la UMF9.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a través del cuestionario Diabetes 39 las dimensiones sobre Energía-Movilidad, Control de la diabetes, Ansiedad-preocupación, Carga social, funcionamiento sexual, percepción acerca de su calidad de vida de manera global y la severidad de la diabetes.
- Evaluar los factores que se relacionan con la calidad de vida del diabético: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidades, complicaciones y el control glucémico.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio: transversal y analítico.

3.2 Período de estudio: De octubre de 2013 a abril de 2014.

3.3 Lugar donde se desarrolló el estudio: Unidad de Medicina Familiar no. 9 del IMSS, Acapulco Guerrero.

3.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Población: Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del turno vespertino adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS, Acapulco, Guerrero.

Método de selección:

1.- No probabilística

29 consultorios – 1 turno (Vespertino)

10 pacientes por consultorio = 290 pacientes a estudiar

Cálculo del tamaño de la muestra:

Tamaño poblacional: 30, 000

Prevalencia esperada: 5%

Peor resultado: 0.02

99%: 290 pacientes a estudiar

3.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente:

- Calidad de Vida del paciente diabético.

Variables Independientes:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Comorbilidades
- Complicaciones
- Control glucémico

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Calidad de vida Del paciente diabético	“La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. ⁽³⁸⁾	Puntuación total del cuestionario 1.Energía y movilidad 1-25 Excelente 26-50 Buena 51-75 Mala 76-105 Deficiente 2.Control de la DM 1-20 Excelente 21-41 Buena 42-62 Mala 63-84 deficiente 3.Ansiedad-preocupación 1-7 Excelente 8-14 Buena 15-21 Mala 22-28 Deficiente 4.Carga social 1-8 Excelente 9-16 Buena 17-24 Mala 25-35 Deficiente 5.Funcionamiento sexual 1-5 Excelente 6-10 Buena 11-15 Mala 16-21 Deficiente 6.Calidad de vida 7 Excelente 5-6 Buena 3-4Mala 1-2 deficiente 7.Gravedad de DM 1-2 Excelente 3-4 Buena 5-6 Mala 7 Deficiente	Cualitativa	CALIDAD DE VIDA GLOBAL 1-74 Excelente 75-141 Buena 142-207 Mala 208-282 Deficiente
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	La obtenida de su fecha de nacimiento reportada en su número de afiliación	Cualitativa	1. 40 a 50 años 2. 51 a 60 años 3. 61 a 70 años 4. 71 a 80 años 5. 80 y más
Sexo	Fenotipo del humano con sus características físicas biológicas y sociales.	El anotado en el expediente electrónico	Cualitativa	1.Masculino 2.Femenino

Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	El anotado en el cuestionario por el paciente	Cualitativa	1.- Ninguna 2.- Primaria incompleta 3.- Primaria completa 4.- Secundaria incompleta 5.- Secundaria completa 6.- Bachillerato incompleto 7.- Bachillerato completo 8.- Licenciatura
Ocupación	Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.	El referido por el paciente	Cualitativa	1.- Empleado 2.- Desempleado 3.- Jubilado 4.- Profesionista independiente 5.- Labores del hogar
Estado Civil	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	El anotado en el cuestionario por el paciente	Cualitativa	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Divorciado 5.- Viudo
Tiempo de evolución de la enfermedad	Medida del tiempo que transcurre desde el diagnóstico de una enfermedad hasta este momento.	Registrado en el expediente electrónico	Cualitativa	1.- Menos de 10 años 2.- De 11 a 20 años 3.- Más de 20 años
Comorbilidades	Son las enfermedades que presenta el paciente en el momento del estudio	Los registrados en el expediente electrónico	Cualitativa	1.- Obesidad 2.- Dislipidemia 3.- Hipertensión arterial 4.- Gonartrosis 5.- Tuberculosis pulmonar 6.- Ninguna
Complicaciones	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas por ella.	Registrado en el expediente electrónico	Cualitativa	1.- Retinopatía 2.- Nefropatía 3.- Neuropatía 4.- Cardiopatía isquémica 5.- Evento vascular cerebral 6.- Enfermedad vascular de Miembros inferiores 7.- Ninguna
Control Glucémico	Nivel de glucemia evaluado por HbA1c o Glucemia basal.	Cualquiera de las dos cifras que se encuentre en el expediente HbA1c 1. Ideal: < 6.9% 2. Aceptable: 7-7.9% 3. Deficiente: >8% o Glucemia basal 4. Ideal: 70-100mg/dL 5. Aceptable: 101-130mg/dL 6. Deficiente: >130mg/dL	Cuantitativa	1. Ideal 2. Aceptable 3. Deficiente

3.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.6.1 Criterios de inclusión:

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Ambos sexos

Usuarios de la UMF9, Acapulco; Gro.

Contar con vigencia.

Pertenecer al turno vespertino

Contar con expediente electrónico.

Acepten participar en el estudio.

Firmar la carta de consentimiento informado.

3.6.2 Criterios de Exclusión:

Expediente clínico incompleto

Diabetes Gestacional

Paciente con afectación de sus capacidades mentales

3.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

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. ⁽¹⁾

Se aplicó dicho cuestionario que fue validado al idioma español por López Carmona JM y Rodríguez Moctezuma R en el estado de México en mayo-junio de 2006. El cuestionario contiene 39 ítemes cerrados que se agrupan en cinco secciones: Energía-Movilidad (15 ítemes), Control de la diabetes (12 ítemes), Ansiedad-preocupación (4 ítemes), Carga social (5 ítemes) y Funcionamiento sexual (3 ítemes). Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción o actividad que expresa cada ítem, colocando una X en una escala de tipo análoga visual, 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. ⁽¹⁾

Contiene dos ítemes 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). ⁽¹⁾

La suma de las puntuaciones obtenidas en cada sección son evaluadas de acuerdo a una escala ya establecida en la tabla de operacionalización de variables con una puntuación mínima que refleja Excelente Calidad de Vida y una puntuación máxima para Deficiente Calidad de Vida.

Se obtuvieron datos sociodemográficos como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad que fueron plasmados por el paciente en dicho cuestionario, mientras que las comorbilidades, complicaciones y el control glucémico serán obtenidos del expediente electrónico. Estos son los factores asociados estudiados en el presente proyecto de investigación.

3.8 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previo autorización del Comité local de investigación, se llevó a cabo un estudio transversal y analítico en el período comprendido de octubre de 2013 a abril de 2014 en la UMF no. 9 del IMSS, Acapulco Guerrero.

Se incluyeron 290 pacientes en total, encuestando a 10 pacientes de cada uno de los 29 consultorios del turno vespertino, estos pacientes son Diabéticos tipo 2, en un rango de edad de 40 a 85 años, ambos sexos, adscritos a la UMF9, que contaran con vigencia y aceptaran su participación en el estudio.

Se solicitó autorización por medio del consentimiento informado y se brindó la información correspondiente sobre el objetivo y los beneficios que se obtuvieron de este estudio de investigación.

Se dio paso a la realización del Cuestionario “**Diabetes 39**” que evaluó la calidad de Vida de los pacientes diabéticos y los factores asociados, de igual manera se obtuvieron algunos datos del expediente electrónico previa autorización del paciente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó una base de datos con el paquete estadístico EPI-DATA ⁽³⁹⁾ y el análisis estadístico se efectuó con CIET MAP ⁽⁴⁰⁾ para el cálculo de las frecuencias simples, rangos, desviación estándar con el procedimiento de Mantel-Haenszel ⁽⁴¹⁾ para obtener el riesgo OR (RM) y su interpretación, los intervalos de confianza al 95% y el valor de “p” los intervalos de confianza con la prueba de Miettinen ^(42, 43). Con dichos elementos se obtuvieron las tablas de análisis bivariado, de las que se seleccionó la que alcanzó suficiente confianza estadística (95% y más).

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se apega a las normas éticas de la **“Declaración de Helsinki”**, la cual establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000 se hace referencia a los principios básicos para toda investigación Médica que es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. De igual forma el protocolo de investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. La participación de personas en la investigación médica debe ser voluntaria y recibir información adecuada. ⁽⁴⁴⁾

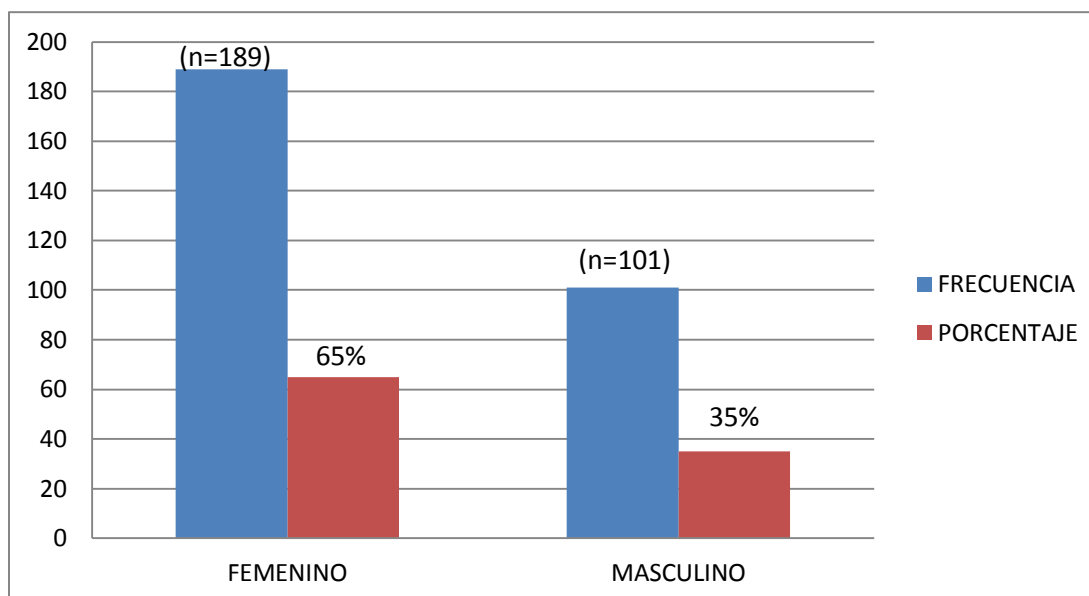
Conforme a la **“Ley General de Salud”** en su título segundo, capítulo 1 del artículo 17, Fracción I, se considera como “investigación sin riesgo”, ya que es un estudio que empleará técnicas y métodos de investigación documental donde no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio. ⁽⁴⁵⁾

Así también este proyecto de investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Nüremberg en donde se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyen en el estudio, las cuales lo harán sólo si estas están física y mentalmente aptas. ⁽⁴⁶⁾

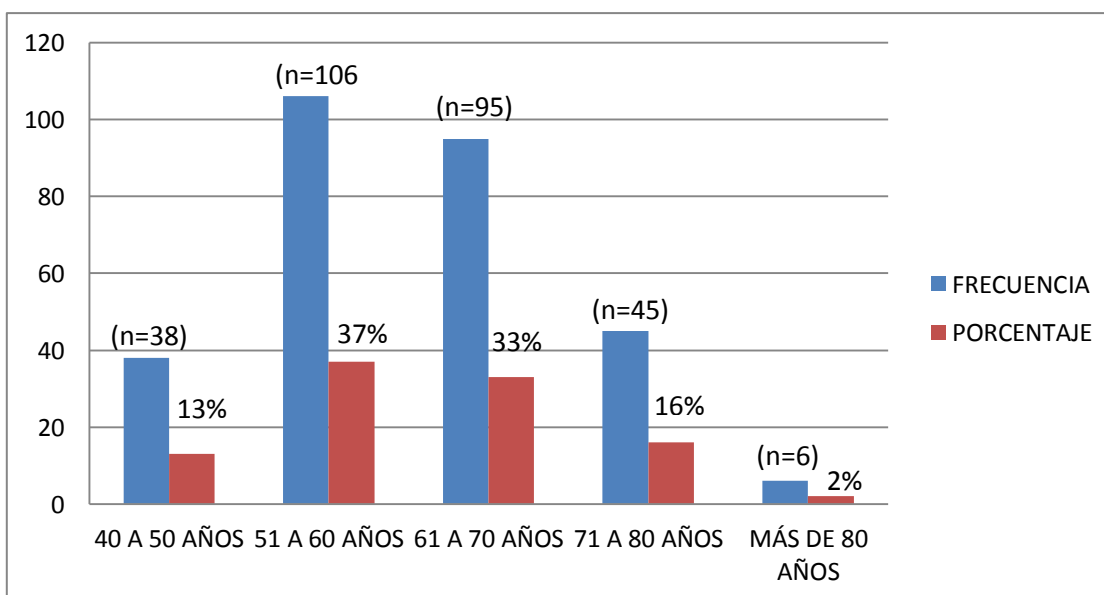
4. RESULTADOS

Se encuestaron a 290 derechohabientes con diagnóstico de DMT2 en donde el 65% (n=189) corresponde al género femenino.

Gráfica 1: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo al género.

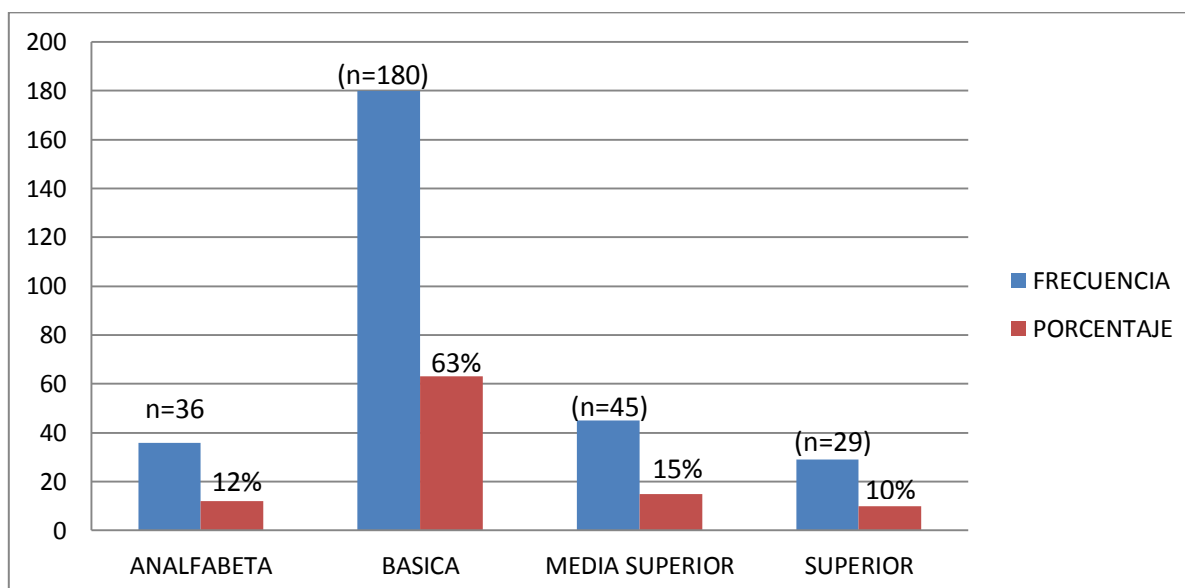


Gráfica 2: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a grupo de edad.



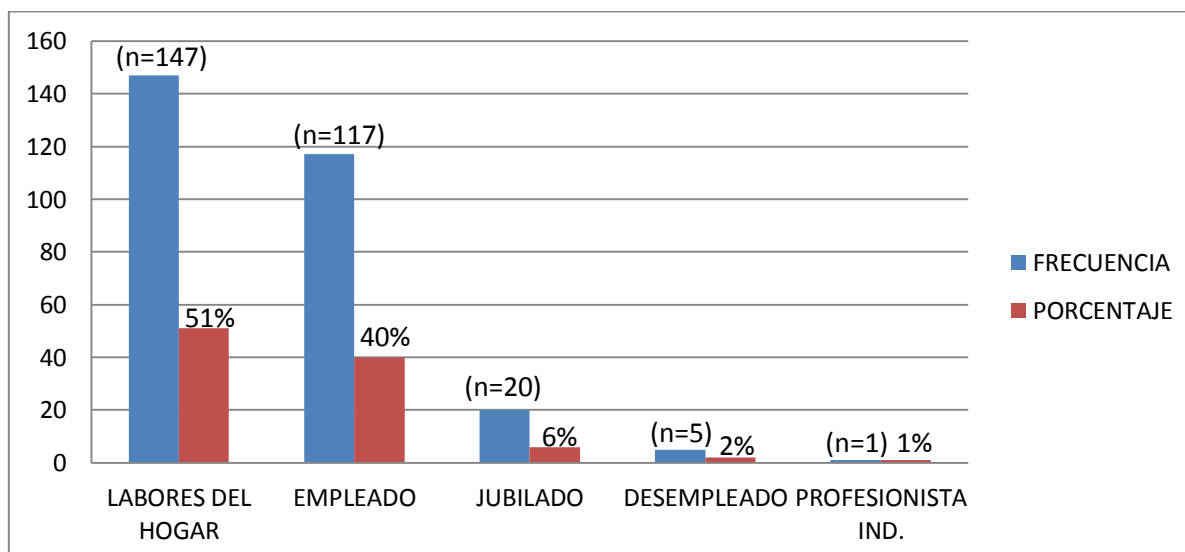
El grupo de edad de 51 a 60 años fue el que obtuvo mayor porcentaje con un 37% (n=106).

Gráfica 3: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a niveles de educación.



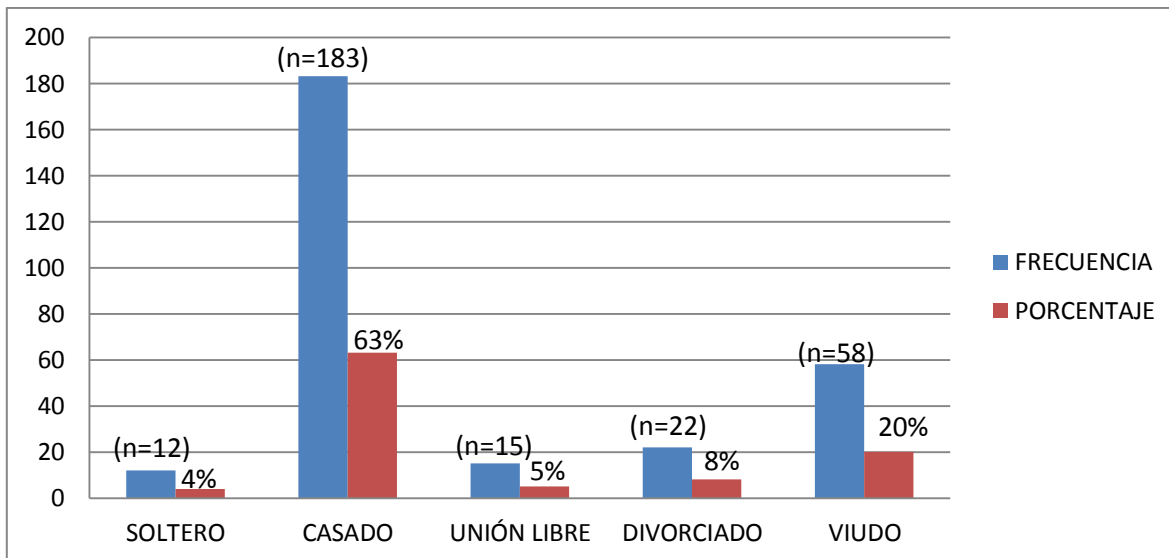
Respecto al nivel de educación el 63% (n=180) corresponde al nivel básico.

Gráfica 4: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a la ocupación.



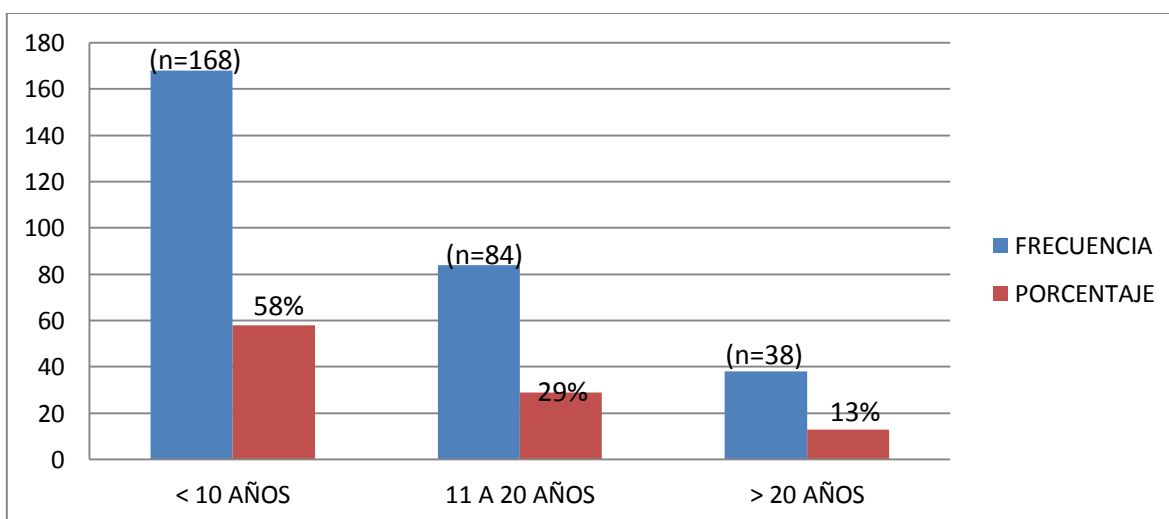
En base a la ocupación de los pacientes que participaron en este estudio las labores del hogar ocupó el mayor porcentaje con 51% (n=147).

Gráfica 5: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo al estado civil.



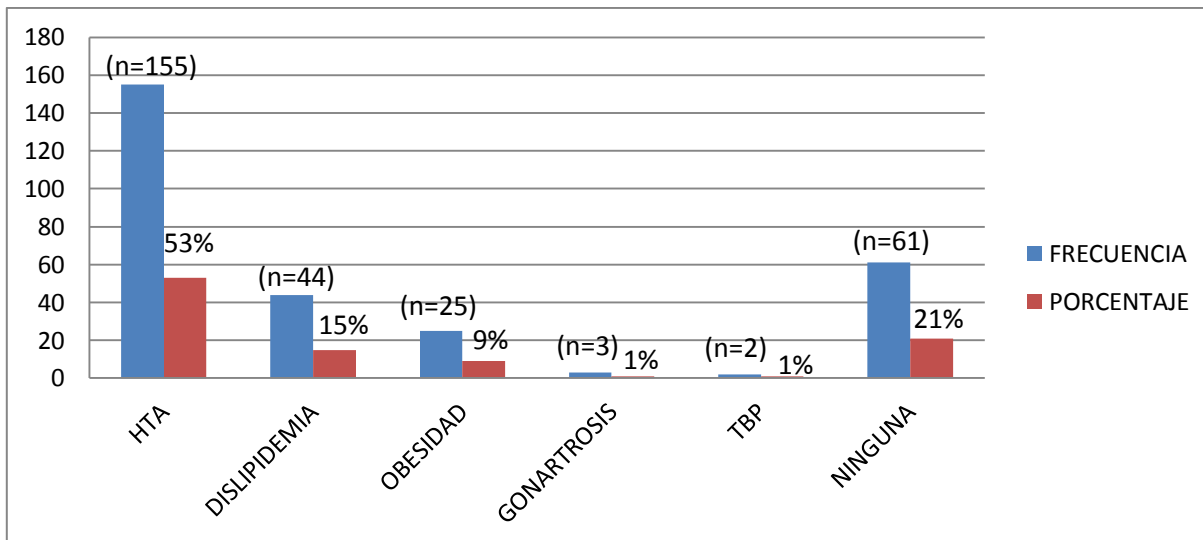
El estado civil que predominó entre los pacientes encuestados fue estar casado con 63% (n=183).

Gráfica 6: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad.



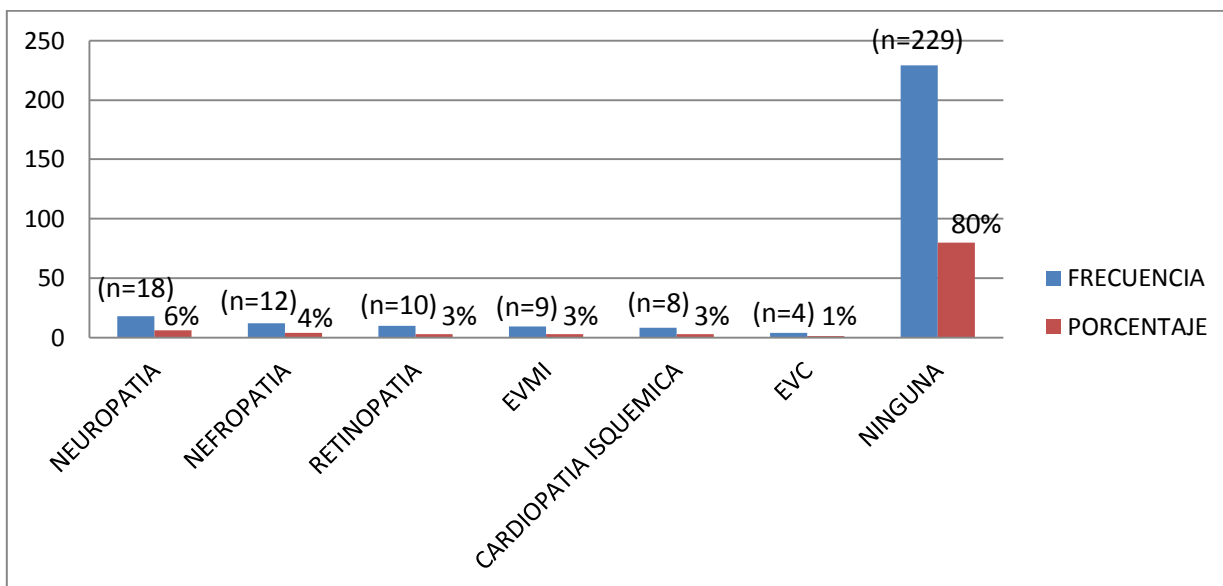
De acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad los que tenían menos de 10 años obtuvieron un porcentaje de 58% (n=168), siendo el más frecuente.

Gráfica 7: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a comorbilidades.



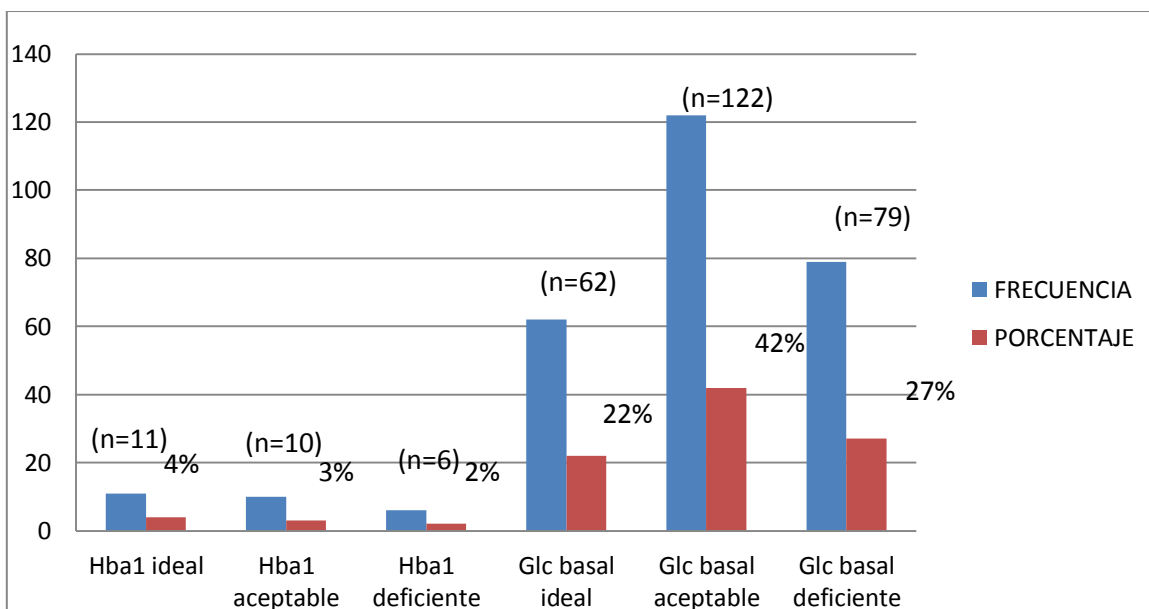
La Hipertensión arterial fue la enfermedad más asociada a la diabetes con un 53% (n=155) de los pacientes encuestados.

Gráfica 8: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a sus complicaciones.



El 80% (n=229) de los pacientes que participaron en este estudio no reportaban alguna complicación, sin embargo la neuropatía diabética fue la complicación más frecuente con 6% (n=18) de los que si las presentaban.

Gráfica 9: Distribución de pacientes diabéticos de acuerdo a su control glucémico.



En relación al control glucémico, se determinó que la glucosa basal es la más utilizada para evaluar el grado de dicho control, el 42% (n=122) de los participantes de este estudio presentaron una glucosa basal aceptable.

Cuadro 2: Resultados de las siete secciones que evalúa el cuestionario sobre calidad de vida “Diabetes 39” realizado a una muestra de 290 pacientes con DMT2.

SECCIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Energía y movilidad	Excelente	49	17
	Buena	133	46
	Mala	97	33
	Deficiente	11	4
Control de la DMT2	Excelente	65	23
	Buena	139	48
	Mala	53	18
	Deficiente	33	11
Ansiedad-Preocupación	Excelente	45	16
	Buena	73	25
	Mala	68	23
	Deficiente	104	36
Carga Social	Excelente	183	63
	Buena	71	25
	Mala	32	11
	Deficiente	4	1
Funcionamiento Sexual	Excelente	147	51
	Buena	41	14
	Mala	48	16
	Deficiente	54	19
Percepción sobre CV	Excelente	21	7
	Buena	104	36
	Mala	109	38
	Deficiente	56	19
Gravedad de la DMT2	Excelente	99	34
	Buena	101	35
	Mala	85	29
	Deficiente	5	2

Cuadro 2: En relación a la sección de energía y movilidad el 63% (n=182) de los diabéticos encuestados no presenta afectación en esta sección, de igual manera el 71% (n=204) se percibe con un buen control de la DMT2, mientras que el 59% (172) de los pacientes se vio afectado en la sección de ansiedad-preocupación, el 88% (n=254) no se percibe como una carga social, sólo el 35% (102) reporta afectación en la sección de funcionamiento sexual, el 57% (n=165) percibe una mala calidad de vida y por último el 69% (n=200) percibe sin gravedad a la DMT2.

Cuadro 3: Análisis bivariado: Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con DMT2.

Variable	Exposición	Mala CV	Buena CV	OR	I.C	P
Edad	> 60 años < 60 años	43 50	103 94	0.78	0.46-1.33	0.38
Sexo	Masculino Femenino	34 59	67 130	1.12	0.63-1.92	0.69
Escolaridad	Analfabeta y básico Medio superior y superior	49 44	99 98	1.10	0.65-1.88	0.71
Ocupación	Desempleado Empleado	54 39	98 99	1.40	0.83-2.41	0.21
Edo. Civil	Sin pareja Con pareja	29 64	63 134	0.96	0.53-1.67	1.00
Evolución de la enfermedad	>10 años <10 años	46 47	76 121	1.56	0.92-2.67	0.10
Comorbilidades	Con comorbilidad Sin comorbilidad	78 15	151 46	1.58	0.84-3.59	0.17
Complicaciones	Con complicaciones Sin complicaciones	25 68	36 161	1.64	0.85-3.06	0.12
Control glucémico	Deficiente Ideal/Aceptable	73 20	12 185	56.2 7	27.09- 159.44	0.00

Cuadro 3: Nos muestra el análisis bivariado de cada una de las variables incluidas en este estudio. Existe una asociación significativa entre control glucémico deficiente y mala calidad de vida con un OR de 56.27, IC 95% 27.09-159.44, $p=0.00.$, lo cual traduce que una persona con control glucémico deficiente tiene 56 veces el riesgo de tener mala calidad de vida comparado con una persona con control glucémico adecuado.

Las variables edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidades y complicaciones, no alcanzan confianza estadística.

5. DISCUSIÓN

El presente estudio cumplió satisfactoriamente con los objetivos establecidos ya que se evaluó la calidad de vida de los pacientes encuestados, así como se identificaron factores de riesgo que intervienen en su determinación. En la UMF No.9 no contamos con datos publicados que muestren dicha información en nuestra población.

En esta investigación se encontraron las siguientes frecuencias simples en base a la calidad de vida, excelente con un 19% (n=54), buena 49% (n=143), mala 25% (n=73) y deficiente 7% (n=20). Esto se asemeja a lo reportado por Casanova Moreno y cols. en el año 2010 en una encuesta realizada a 91 pacientes del policlínico de Cuba en donde reportó únicamente una calidad de vida deficiente en un 8.3%, ⁽³⁵⁾ esta semejanza podría deberse a que ambas poblaciones estudiadas tenían una evolución de la enfermedad menor a los 10 años, por lo que la mayoría de los pacientes es evaluada con una mejor calidad de vida.

Con relación a las características de la población estudiada el 65% (n=189) correspondió al género femenino, el grupo de edad más frecuente fue de 51 a 60 años con 37% (n=106), el nivel de educación que predominó fue el básico con 63% (n=180), las labores del hogar fue la ocupación más frecuente con 51% (n=147) y el 63% (n=183) de la población es casado. Estos resultados son similares a los reportados por Robles García y cols. en el año 2003 con una muestra de 152 pacientes de la ciudad de México en la cual el 71% (n=108) es género femenino, con una edad promedio de 53 años, el 67% (n=102) de la muestra total es casado, la ocupación más frecuente fue labores del hogar 58% (n=88) y la escolaridad promedio fue nivel de educación básico. ⁽³²⁾ En los estudios mencionados la calidad de vida no fue influenciada por las características sociodemográficas de la población.

El tiempo de evolución de la enfermedad que predominó en este estudio fue menores de 10 años con 58% (n=168), lo que coincide con López Carmona que reportó una media de 8.7 años de tiempo de evolución; las enfermedades que con más frecuencia se asociaron a la diabetes fueron hipertensión arterial sistémica con 53% (n=155), Dislipidemia 15% (n=44) y obesidad 9% (n=25), mientras que López Carmona encontró las mismas comorbilidades asociadas pero difiere en cuanto al porcentaje de presentación, reportando mayor frecuencia de dislipidemia en 86% (n=214), obesidad 48% (n=119) e Hipertensión arterial en 47% (n=117). Dentro de las complicaciones tardías de la diabetes registradas en el expediente electrónico el 6% (n=18) la ocupó la neuropatía, el 4% (n=12) nefropatía y retinopatía el 3% (n=10) siendo las más frecuentes, López Carmona menciona a la retinopatía en 15% (n=37), nefropatía el 9.2% (n=23) y neuropatía periférica o visceral en 8.4% (n=21), ⁽¹⁾ esta diferencia se podría deber a que su población tiene un estilo de vida más sedentario lo que traduce aumento de comorbilidades como la dislipidemia y obesidad y por consiguiente mayor descontrol glucémico que favorece la presentación de complicaciones tardías de la diabetes.

En el análisis bivariado de nuestra investigación únicamente se encontró asociación estadísticamente significativa entre control glucémico deficiente y mala calidad de vida con un OR de 56.27, IC 95% 27.09-159.44, p=0.00. Respecto a ello López Carmona y cols. en el año 2006 aplicó el cuestionario diabetes 39 a una población de 260 personas de la UMF 91, edo. de México con características socioeconómicas similares a la nuestra, en donde vinculó la peor calidad de vida un control glucémico deficiente (Glucemia central >140mg/dL y HbA1c >8%) obteniendo una (p=0.04 y p=0.03) respectivamente ⁽¹⁾

Respecto a percepción de la población Salazar Estrada en el año 2010 aplicó este instrumento a 198 personas en la zona metropolitana de Guadalajara en donde encontró que el 48% de la población se ve afectado en energía y movilidad, ⁽³⁶⁾ mientras que López Carmona reporta 30% ⁽¹⁾ y nuestra población presenta afectación del 37%, estas cifras se asemejan pudiendo explicarse debido al aumento de la obesidad como enfermedad frecuentemente asociada a la diabetes que afecta de manera importante dicha sección.

En cuanto a el control de la DMT2 Salazar Estrada ⁽³⁶⁾ reporta afectación en el 28%, nuestra investigación 29% y López Carmona 22%, siendo este rubro uno de los menos afectados según la percepción de los pacientes encuestados.

El rubro de Ansiedad-preocupación se vio más afectado en nuestra población de estudio con 59%, seguido de López Carmona ⁽¹⁾ con 42% y por último Salazar Estrada ⁽³⁶⁾ con 35%, esto se podría asociar con que nuestra población estudiada presenta mayor preocupación por problemas económicos y eso los mantiene en un estado de ansiedad persistente.

El 12% de nuestros pacientes encuestados presentan afectación en la esfera de carga social siendo similar a los reportados por López Carmona ⁽¹⁾ con 17% a diferencia de Salazar Estrada ⁽³⁶⁾ que reporta 23% y esto podría deberse a que el nivel sociocultural de la población estudiada por este último, es más elevado y la sociedad tiene mayores expectativas de vida.

El funcionamiento sexual se vio afectado en un 40% según lo reportado por Salazar Estrada, ⁽³⁶⁾ lo que se asemeja con nuestros resultados con un 35%, mientras que López Carmona ⁽¹⁾ reporta menor porcentaje con 28%, se sabe que el funcionamiento sexual se ve más afectado en los hombres con diabetes y que implica un deterioro en la percepción de la calidad de vida, esto se relaciona a la disfunción eréctil que aunque no se estudió en esta investigación es una complicación frecuente.

Por último en los rubros de percepción de calidad de vida y severidad de la diabetes en nuestro estudio se reporta afectación del 57% y 31%, López Carmona ⁽¹⁾ 50% en ambos rubros y Salazar Estrada ⁽³⁶⁾ 63% y 66% respectivamente. Los resultados negativos observados en los dominios estudiados demostraron que la medición de la calidad de vida, puede detectar el impacto de la diabetes de manera adecuada y exhaustiva, con una percepción muy alta de deterioro de la calidad de vida en los pacientes diabéticos así como su percepción sobre la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones.

CONCLUSIONES

La DMT2 es uno de los principales problemas que demandan servicios de salud y tiene una repercusión en la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto los aportes que genera esta investigación pueden proporcionar una perspectiva global del estado de salud del paciente y definir así alternativas de abordaje terapéutico integral.

La calidad de vida global que se encontró en los pacientes diabéticos de este estudio es buena en 49% de los pacientes, seguido de una mala calidad de vida en 25%, excelente en 19% y deficiente en 7% de los participantes de este estudio.

La calidad de vida de los pacientes encuestados se vio afectada en los rubros de energía y movilidad en 37% de los pacientes, se percibió un mal control de la DMT2 en 29% de los casos, la ansiedad y preocupación fue expresada en un 59%, el 12% de la muestra total se considera como una carga social, en 35% de los pacientes hay afectación en cuanto al funcionamiento sexual, perciben una mala calidad de vida 57% y una gravedad de su enfermedad el 31% de la población estudiada.

De las variables sociodemográficas tales como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil y las características que acompañan a la diabetes como tiempo de evolución de la enfermedad, comorbilidades y complicaciones no se logró alcanzar confianza estadística.

Los estudios de calidad de vida en la población diabética buscan la relación entre el grado de control glucémico y puntuaciones elevadas de la calidad. En nuestra investigación se ha podido confirmar la asociación en donde un control glucémico deficiente traduce 56 veces el riesgo de tener mala calidad de vida en comparación con una persona con control glucémico ideal/aceptable.

Es importante mencionar también que las enfermedades que con más frecuencia se asociaron a la diabetes en este proyecto de investigación abarcaron: Hipertensión arterial con 53%, dislipidemia 15% y obesidad 9% por lo que debemos brindar un manejo integral a nuestros pacientes ya que somos el primer contacto de atención médica y así tomar decisiones sobre posibles cambios en el tratamiento, para priorizar y valorar el bienestar y la percepción del paciente sobre su estado de salud.

No debemos olvidar que la salud y la ausencia de limitaciones generadas por la enfermedad son parámetros importantes a considerar para preservar la calidad de vida de los pacientes diabéticos de nuestra Unidad de Medicina Familiar.

RECOMENDACIONES

Es importante que los jefes de departamento clínico de la unidad de medicina familiar hagan de su conocimiento a sus médicos familiares a su cargo los resultados de esta investigación ya que son el primer contacto con la mayor parte de la población diabética.

Considero conveniente integrar la atención de forma multidisciplinaria por parte de Médicos familiares, enfermeras, nutriólogos, estomatólogos y psicólogos de la unidad, para instrumentar acciones preventivas que eviten el deterioro de la calidad de vida de todo paciente diabético, no sólo los pacientes controlados que acuden al programa del DIABETIMSS sino también darle la oportunidad a los pacientes que se encuentren con descontrol glucémico, siendo esta la población más vulnerable en el deterioro de su calidad de vida.

Los médicos familiares se deberán capacitar continuamente con base a la guía de práctica clínica de diabetes mellitus con la finalidad de reforzar sus conocimientos con la finalidad de lograr las metas de control de los pacientes diabéticos. Hacer hincapié entre la relación que existe entre un control glucémico deficiente y una mala calidad de vida.

El médico familiar deberá solicitar de manera regular Hemoglobina glucosilada (HbA1c) como método más confiable para vigilar el control glucémico de los pacientes y reportarlo en el expediente electrónico.

Las trabajadoras sociales deberán concientizar a la población diabética en general por medio de pláticas sobre la importancia de un adecuado control glucémico para prevenir las complicaciones de la enfermedad y así su calidad de vida no se afectada en los rubros estudiados en esta investigación como es energía-movilidad, control de la diabetes, ansiedad-preocupación, carga social, funcionamiento sexual.

8. REFERENCIAS

1. López Carmona JM, Rodríguez R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Rev Salud Pública de México 2006;48(3):200-211.
2. De los Ríos JL, Sánchez JJ, Barrios P, Guerrero V. Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med IMSS 2004;42(2):109-116.
3. Cárdenas VM, Pedraza C, Lerma RE. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Ciencia UANL 2005;8(3):351-357.
4. Rosado J, Mendoza VM. Mini-revisión: Inflamación crónica y estrés oxidativo en la Diabetes Mellitus. Rev Bioquímica 2007;32(2):58-69.
5. Moreno L. Epidemiología y Diabetes. Rev Fac Med UNAM 2001;44(1):35-37.
6. Fernández S. Motivos de consulta en Medicina Familiar en el IMSS, 1991-2002. Rev Med IMSS 2003;41(5):441-448.
7. García F, Solís J, Calderón J, Luque E, Neyra L, Manrique H, et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. Rev Soc Perú Med Interna 2007;20(3):90-94.
8. Landeros EA. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus. Revista Mexicana de enfermería Cardiológica 2000;8(1-4):56-59.
9. Mendoza R, Flores L, Gaitán LA, Mendoza A, Carrasco R, Sánchez LO. Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones dentales asociadas en una población de adultos atendidos en las clínicas estomatológicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. Revista ADM 2012;69(4):176-183.

10. Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Salud Pública de México 2007;49(3):331-337.

11. Flores J, Aguilar F. Diabetes mellitus y sus complicaciones. La epidemiología, las manifestaciones clínicas de la diabetes tipo 1 y 2. Diabetes gestacional. Parte 1. Rev Plasticidad y Restauración Neurológica 2006;5(2):139-151.

12. Vargas A, González A, Aguilar MI, Moreno YC. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Fac Med UNAM 2010;53(2):60-68.

13. Jiménez Corona A, Rojas Martínez R, Villalpando S, Barquera S, Aguilar Salinas C. ENSA 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 INSP.

Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/seminario/M0302.pdf>, consultado el 30 de enero del 2013.

14. Alfaro N, Carothers MR, González YS. Autopercepción de Calidad de Vida en adultos mayores con diabetes tipo 2. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 2006;8(3):152-157.

15. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia Psicológica 2012;30(1):61-7.

16. Suero MN. La Calidad de Vida de adolescentes con Diabetes. Rev Universidad de Flores 2005;5:23-44.

17. Robinson FT. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: Revisión sistemática de la literatura. Revista Colombiana de Cardiología 2007;14(4):207-220.

18. Tuesca R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 2005;21:76-86.
19. Velarde E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002;44(4):349-361.
20. Cardona D, Byron H. Construcción cultural del concepto Calidad de Vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2005;23(1):79-90.
21. Salazar JG, Colunga C, Pando M, Aranda C, Torres TM. Diabetes y calidad de vida: Estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de Diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 2007;9(2):88-93.
22. Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. Salud Pública de México 2002;44(5):448-463.
23. Urzúa A, Chirino A, Valladares G. Autoreporte de la calidad de vida relacionada con la salud en diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Chile 2011;139:313-320.
24. Balcázar P, Gurrola G, Bonilla MP, Colín HG, Esquivel EE. Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus 2. Revista científica electrónica de Psicología;6:147-158.
25. Romero RS, Díaz G, Romero H. Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011;49(2):125-136.
26. Romero E, Acosta S, Carmona I, Jaimes A, Masco M, Páez A, et al. Calidad de Vida de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia. Revista Ciencias Biomédicas 2010;1(2):190-198.

27. Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Revista Salud Pública de México* 1997;39(1):44-47.
28. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, IMSS, actualización 2012.
29. Mena FJ, Martín JC, Simal F, Bellido J, Carreto JL. Diabetes Mellitus tipo 2 y calidad de vida relacionada con la salud: resultado del estudio Horteiga. *Revista Anales de Medicina Interna* 2006;23(8):357-360.
30. Machado A, Anarte MT, Ruiz de Adana MS. Predictores de Calidad de Vida en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1. *Rev. Clínica y Salud* 2010;21(1):35-47.
31. Mata M, Roset M, Badia X, Antoñanzas F, Ragel J. Impacto de la Diabetes Mellitus tipo 2 en la calidad de vida de los pacientes tratados en las consulta de atención primaria en España. *Rev Aten Primaria* 2003;31(8):493-439.
32. Robles R, Cortázar J, Sánchez JJ, Páez F, Nicolini H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Revista Psicothema Jalisco* 2003;15(2):247-252.
33. Cárdenas VM, Pedraza C, Lerma RE. Calidad de Vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Ciencia UANL* 2005;8(3):351-357.
34. Hernández AC, Elnecavé A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la Diabetes Mellitus en México. *Rev Salud Pública de México* 2011;53(1):34-39.
35. Casanova MC, Trasancos M, Orraca O, Prats OM, Belkis D. Calidad de vida en adultos mayores diabéticos tipo 2. *Policlínico Hermanos Cruz*, 2010. *Revista Ciencias Médicas Cuba* 2011;15(2):145-156.

36. Salazar JC, Gutiérrez AM, Aranda C, González R, Pando M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Revista Salud Uninorte*. Barranquilla Colombia 2012; 28 (2): 264-275.
37. De Pablos P. La calidad de vida se resiente en los pacientes con diabetes. *Revista Rees Mgraf* 2002;7(2):79-82.
38. González VM, García M, Ramírez F. Calidad de vida del paciente Diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009;17(2):69-78.
39. Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. An extended tool for validated data entry and documentation of data. The Epidata Association, Odense Denmark 2001 (v2.x).
40. Andersson N, Mitchell S. CIETmap: Free GIS and epidemiology software from the CIETgroup, helping build the community voice into planning. World Congress of Epidemiology, Montreal Canada, August 2002.
41. Mantel N, Haenszel W. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease *J Natl Cancer Inst* 1959;22:719-748.
42. Miettinen, O., and M. Nurminen. 1985. Comparative analysis of two rates. *Statistics in Medicine* 4:213–226
43. GraphPad Quick Calcs: t test calculator. (2002). Retrieved, Enero 2004. De <http://graphpad.com/quickcalcs/ttest1.cfm?Format=C>. [Consultado el 14 de octubre del 2012].
44. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracionheisinki.htm. Consultado en Enero 2013.

45. Reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Consultado en Enero 2013.

46. Código de Nüremberg. Tribunal internacional de Nüremberg. Disponible en: http://www.bioeticaweb.com/Codigos_y_leyes. Consultado en Enero 2013.

ANEXOS

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Acapulco, Guerrero. 2013

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 9.”**

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1101 con el número de Registro: R-2013-1101-12

El objetivo del estudio es: Evaluar la calidad de vida de los pacientes diabéticos de acuerdo a su propia percepción en relación a su padecimiento y los factores asociados.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Realizar el cuestionario Diabetes 39 para evaluar la calidad de vida y los factores asociados.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay riesgos. Los beneficios que se obtendrán de la evaluación de este estudio serán para proponer estrategias en beneficio de los pacientes diabéticos y cómo mejorar su calidad de vida.

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 a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del sujeto

DR. Luis Amador Ríos Oliveros
Matricula: 7473451

Testigo
Nombre y firma

Testigo
Nombre y firma

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo, sin omitir información relevante del estudio.

2810-009-013
Clave: 2810-003-002

2. FORMATO DE ENCUESTA

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA “DIABETES 39”

Folio: _____ Afiliación: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Edo. Civil: _____
 Tiempo de evolución de la enfermedad: _____ Comorbilidades: _____
 Complicaciones: _____ Control glucémico: _____

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.

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 afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
2. Preocupaciones por problemas económicos
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
3. Limitación en su nivel de energía
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
4. Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
5. No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
6. Estar preocupado(a) por su futuro
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
7. Preocupaciones por problemas económicos
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
8. Tensiones o previsiones en su vida
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
9. Sensación de debilidad
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
10. Restricciones sobre la distancia que puede caminar
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
11. Los ejercicios diarios que ha de hacer para su diabetes
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
12. Visión borrosa o pérdida de la visión
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
13. No poder hacer lo que quiera
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado

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

14. Tener diabetes
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
15. El descontrol de su actuar en sangre
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
16. Otras enfermedades aparte de la diabetes.
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
17. Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre.
 Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado

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

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

 Sumamente afectado
19. Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
20. La vergüenza producida por tener diabetes.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
21. La interferencia de su diabetes en su vida sexual.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
22. Sentirse triste o deprimido.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
23. Problemas respecto a su capacidad sexual.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
24. Tener bien controlada su diabetes
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
25. Complicaciones debidas a su diabetes.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
26. Hacer cosas que su familia y amigos no hacen.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
27. Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
28. La necesidad de tener que comer a intervalos regulares.
Nada afectado en lo absoluto

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

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

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

 Sumamente afectado
30. Menor interés en su vida sexual.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado

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

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

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

 Sumamente afectado
32. Tener que descansar a menudo.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
33. Problemas al subir escaleras.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
34. Dificultad para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
35. Tener el sueño intranquilo.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
36. Andar más despacio que otras personas.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
37. Ser identificado como diabético.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
38. Interferencia de la diabetes con su vida familiar.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado
39. La diabetes en general.
Nada afectado en lo absoluto

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

 Sumamente afectado

Calificación global

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

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

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

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

 Extremadamente grave

Gracias por sus respuestas