F.A.C.U.L.T.A.D D.E. M.E.D.I.C.I.N.A

I.N.S.T.I.T.U.T.O. M.E.X.I.C.A.N.O D.E.L S.E.G.U.R.O S.O.C.I.A.L

U.N.I.D.A.D D.E M.E.D.I.C.I.N.A F.A.M.I.L.I.A.R N.o. 13.

T.U.X.T.L.A G.U.T.I.É.R.R.E.Z, C.H.I.A.P.A.S.

T.Í.T.U.L.O:

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 25"

P.A.R.A O.B.T.E.N.E.R E.L D.I.P.L.O.M.A. D.E E.S.P.E.C.I.A.L.I.D.A.D. E.N:

M.E.D.I.C.I.N.A F.A.M.I.L.I.A.R

P.R.E.S.E.N.T.A:

D.RA. A.L.B.A J.A.N.E.T.H. C.A.M.A.C.H.O S.Á.N.C.H.E.Z

DIRECTORA:

D.RA. R.O.C.I.O A.L.E.J.A.N.D.R.A M.A.R.T.Í.N.E.Z C.R.U.Z

F. P.U.E.B.L.A D.E Z, F.E.B.R.E.R.O 2.0.2.0

B.E.N.E.M.É.R.I.T.A U.N.I.V.E.R.S.I.D.A.D
A.U.T.Ó.N.O.M.A. D.E P.U.E.B.L.A
I.N.S.T.I.T.U.T.O M.E.X.I.C.A.N.O D.E.L S.E.G.U.R.O S.O.C.I.A.L
C.O.O.R.D.I.N.A.C.I.Ó.N. D.E. E.D.U.C.A.C.I.Ó.N. E. I.N.V.E.S.T.I.G.A.C.I.Ó.N.
E.N. S.A.L.U.D.
U.N.I.D.A.D. D.E. M.E.D.I.C.I.N.A. F.A.M.I.L.I.A.R.. N.O. 2.5.
T.U.X.T.L.A. G.U.T.I.É.R.R.E.Z., C.H.I.A.P.A.S.

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 25"

T.E.S.I.S. D.E P.O.S.G.R.A.D.O

P.A.R.A O.B.T.E.N.E.R E.L D.I.P.L.O.M.A DE:

M.É.D.I.C.O E.S.P.E.C.I.A.L.I.S.T.A E.N M.E.D.I.C.I.N.A F.A.M.I.L.I.A.R

P.R.E.S.E.N.T.A:

D.R.A. C.A.M.A.C.H.O. S.Á.N.C.H.E.Z. .A.L.B.A. J.A.N.E.T.H

T.U.X.T.L.A. G.U.T.I.É.R.R.E.Z, C.H.I.A.P.A.S.; F.E.B.R.E.R.O.. 2.0.2.0.

B.E.N.E.M.É.R.I.T.A U.N.I.V.E.R.S.I.D.A.D

A.U.T.Ó.N.O.M.A D.E P.U.E.B.L.A

I.N.S.T.I.T.U.T.O M.E.X.I.C.A.N.O D.E.L S.E.G.U.R.O S.O.C.I.A.L

C.O.O.R.D.I.N.A.C.I.ÓN D.E E.D.U.C.A.C.I.Ó.N E I.N.V.E.S.T.I.G.A.C.I.Ó.N. E.N S.A.L.U.D

U.N.I.D.A.D. D.E. M.E.D.I.C.I.N.A. F.A.M.I.L.I.A.R. N.O. 2.5.

T.U.X.T.L.A. G.U.T.I.É.R.R.E.Z, C.H.I.A.P.A.S.

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 25"

T.E.S.I.S. D.E P.O.S.G.R.A.D.O

P.A.R.A O.B.T.E.N.E.R E.L D.I.P.L.O.M.A DE:

M.É.D.I.C.O E.S.P.E.C.I.A.L.I.S.T.A E.N M.E.D.I.C.I.N.A. F.A.M.I.L.I.A.R.

P.R.E.S.E.N.T.A:

D.R.A. C.A.M.A.C.H.O. S.Á.N.C.H.E.Z. A.L.B.A. J.A.N.E.T.H.

A.S.E.S.O.R. M.E.T.O.D.O.L.Ó.G.I.C.O:

DR. JORGE. MANUEL. ALEGRÍA. SÁNCHEZ.

A.S.E.S.O.R. D.E. .C.O.N.T.E.N.I.D.O:

DRA. ROCIO. ALEJANDRA. MARTÍNEZ. CRUZ.

A.U.T.O.R.I.Z.A.C.I.O.N.E.S:

DR. LUIS. ANTONIO. VALLES. FLORES.
C.O.O.R.D.I.N.A.D.O.R. DE. PLANEACIÒN
.Y. ENLACE. INSTITUCIONAL.
D.E.L.E.G.A.C.I.Ó.N.
E.S.T.A.T.A.L, C.H.I.A.P.A.S.

D.R. H.E.C.T.O.R. A.R.M.A.N..D.O..
R.I.N.C.ÓN. L.E.Ó.N.
C.O.O.R.D.I.N.A.D.O.R. A.U.X.I.L.I.A.R.
M.É.D.I.C.O. D.E. I.N.V.E.S.T.I.G.A.C.I.Ó.N.
E.N. S.A.L.U.D. D.E.L.E.G.A.C.I.Ó.N.

T.U.X.T.L.A. G.U.T.I.É.R.R..E.Z, C.H.I.A.P.A.S; F.E.B.R.E.R.O 2020.

B.E.N.E.M.É.R.I.T.A U.N.I.V.E.R.S.I.D.A.D

A.U.T.Ó.N.O.M.A D.E P.U.E.B.L.A

I.N.S.T.I.T.U.T.O M.E.X.I.C.A.N.O D.E.L S.E.G.U.R.O. S.O.C.I.A.L

CO.OR.DI.NA.CI.ÓN DE ED.UC.AC.IÓ.N E IN.VE.STI.GA.CI.ÓN EN SA.LU.D

U.N.I.D.A.D. D.E. M.E.D.I.C.I.N.A. F.A.M.I.L.I.A.R. N.O. 2.5.

T.U.X.T.L.A. G.U.T.I.E.R.R.E.Z, C.H.I.A.P.A.S.

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 25"

T.E.S.I.S D.E. P.O.S.G.R.A.D.O:

P.A.R.A. O.B.T.E.N.E.R. E.L D.I.P.L.O.M.A D.E:

M.É.D.I.C.O. E.S.P.E.C.I.A.L.I.S.T.A E.N M.E.D.I.C.I.N.A F.A.M.I.L.I.A.R

P.R.E.S.E.N.T.A:

DRA. C.A.M.A.C.H.O S.Á.N.C.H.E.Z A.L.B.A J.A.N.E.T.H
M.É.D.I.C.O R.E.S.I.D.E.N.T.E D.E M.E.D.I.C.I.N.A F.A.M.I.L.I.A.R

M.A.T.R.Í.C.U.L.A: 98075119
AD.SC.R.I.PC.IÓN.: UN.ID.AD D.E ME.DI.CI.NA FA.MIL.IAR. NO. 13 TUXTLA. GU.TI.ÉRR.EZ
CA.TE.GO.RÍA: MÉ.DI.CO RE.SI.DEN.TE DE ME.DI.CI.NA FA.MI.LI.AR
E-MAIL: albajanethcamacho_1789@hotmail.com

A.S.E.S.O.R M.E.T.O.D.O.L.Ó.G.I.C.O:
DR. JOR.GE MA.NUEL. AL.EGR.ÍA. SÁ.NCH.EZ
M.A.T.R.Í.C.U.L.A: 99070201
A.D.S.C.R.I..P.C.I.Ó.N:
TEL: 9848790965
C.AT.E.G.O.R.Í.A: J.E.F.E. DE. S.E.R.V.I.C.I.O DE. P.R.E.S.T.A.C.I.O.N.E.S M.É.D.I.C.AS.
E-.MAIL: jorge.alegria@imss.gob.mx

A..S.E.S.O.R. .D.E. .C.O.N.T.E.N.I.D.O.:
D.R.A. R.O.C.I.O. .A.L.E.J.A.N.D.R.A. .M.A.R.T.Í.N.E.Z. .C.R.U.Z.
M.A.T.R.Í.C.U.L.A: 99078666
ADS.CRI.PCI.ÓN: UN.IDAD. DE ME.DI.CI.NA. FA.MI.LI.AR N°. 25.
TEL: 9612157482
C.A.T.E.G.O.R.Í.A: E.S.P.E.C.I.A.L.I.S.T.A. EN. E.P.I.D.E.M.I.O.L.O.G.Í.A.

E-MAIL: rocio.martinezc@imss.gob.mx

A.G.R.A.D.E.C.I.M.I.E.N.T.O.S:

A. m.i.s. p.a.d.r.e.s:

P.o.r d.a.r.m.e l.a.s h.e.r.r.a.m.i.e.n.t.a.s n.e.c.e.s.a.r.i.a.s p.a.r.a s.e.r u.n.a m.e.j.o.r p.e.r.s.o.n.a y p.o.d.e.r p.e.r.m.i.t.i.r.m.e d.e.s.a.r.r.o.l.l.a.r.m.e e.n e.l á.m.b.i.t.o p.r.o.f.e.s.i.o.n.a.l, p.o.r e.s.t.a.r a m.i l.a.d.o e.n c.a.d.a. m.o.m.e.n.t.o d.e m.i v.i.d.a. G.r.a.c.i.a.s t.o.t.a.l.e.s p.o.r t.o.d.o s.u e.s.f.u.e.r.z.o y d.e.d.i.c.a.c.i.ó.n h.a.c.i.a c.o.n.m.i.g.o, g.r.a.c.i.a.s p.o.r e.n.s.e.ñ.a.r.m.e a s.i.e.m.p.r.e s.e.g.u.i.r a.d.e.l.a.n.t.e a p.e.s.a.r d.e l.a.s a.d.v.e.r.s.i.d.a.d.e.s, p.o.r b.r.i.n.d.a.r.m.e. l.a. s.e.g.u.r.i.d.a.d n.e.c.e.s.a.r.i.a p.a.r.a c.o.n.t.i.n.u.a.r s.u.p.e.r.á.n.d.o.m.e.

A. m.i. he.r.m.a.n.a:

G.r.a.c.i.a.s p.o.r f.o.r.m.a.r p.a.r.t.e d.e m.i v.i.d.a y po.r. e.s.t.a.r p.r.e.s.e.n.t.e si.e.m.p.r.e e.n l.o.s m.e.j.o.r.e.s m.o.m.e.n.t.o.s, p.o.r t.u a.p.o.y.o i.n.c.o.n.d.i.c.i.o.n.a.l p.a.r.a c.u.l.m.i.n.a.r c.o.n é.x.i.t.o e.s.t.a e.t.a.p.a d.e. m.i .v.i.d.a y por .a.c.o.m.p.a.ñ.a.r.m.e. .e.n. .e.s.t.e. .l.a.r.g.o. c.a.m.i.n.o q.u.e. de.c.i.d.í. .e.m.p.r.e.n.d.e.r.

A. mi. A.s.e.s.o.r:

Dra. R.o.c.í.o A.l.e.j.a.n.d.r.a M.a.r.t.í.n.e.z C.r.u.z, g.r.a.c.i.a.s p.o.r to.d.o. .e.l a.p.o.y.o. b.r.i.n.d.a.d.o p.a.r.a h.a.c.e.r p.o.s.i.b.l.e l.a r.e.a.l.i.z.a.c.i.ó.n d.e e.s.t.e t.r.a.b.a.j.o, s.i.n s.u e.s.f.u.e.r.z.o y d.e.d.i.c.a.c.i.ó.n n.o h.u.b.i.e.r.a s.i.d.o p.o.s.i.b.l.e .h.a.b.e.r .c.o.n.c.l.u.i.d.o. .e.s.t.e. .t.r.a.b.a.j.o. .d.e. .i.n.v.e.s.t.i.g.a.c.i.ó.n.

ÍNDICE

RESUMEN 1
MARCO TEÓRICO 3
Antecedentes Históricos De La DM2 3
Diabetes Mellitus Definiciones 4
Epidemiología 4
Factores De Riesgo 10
Fisiología 10
Clasificación 11
Estilos De Vida Y DM2 12
Educación Y Estándares De Atención De La DM2 12
DIABETIMSS 12
DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA E HISTORIA: 14
Escala 15
JUSTIFICACIÓN 16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17
OBJETIVO GENERAL 18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
HIPÓTESIS 19
MATERIAL Y MÉTODOS 20
Tipo de estudio 20
Límites de tiempo y espacio 20
Universo 20
Población de estudio 20
Tipo de muestreo 20

Criterios de Selección 20

Variables 21

Análisis Estadístico 24

Desarrollo Del Proyecto 24

Instrumento 25

RECURSOS PARA EL ESTUDIO 26

ASPECTOS ÉTICOS 27

RESULTADOS 28

DISCUSIÓN 45

CONCLUSIÓN 49

PROPUESTAS 50

BIBLIOGRAFÍA 51

ANEXOS 55

RESUMEN

Título: "CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL PROGRAMA DIABETIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 25**"**

A.l.b.a J.a.n.e.t.h C.a.m.a.c.h.o S.á.n.c.h.e.z (1), R.o.c.í.o A.l.e.j.a.n.d.r.a Ma.r.t.í.n.e.z C.r.u.z (2), J.o.r.g.e M.a.n.u.e.l A.l.e.g.r.í.a S.á.n.c.h.e.z (3).

Camacho-Sánchez A.J.; Martínez-Cruz R.A.; Alegría-Sánchez J.M.

N.Ú.M.E.R.O D.E C.E.N.T.R.O.S P.A.R.T.I.C.I.P.A.N.T.E.S A N.I.V.E.L. N.A.C.I.O.N.A.L E I.N.T.E.R.N.A.C.I.O.N.A.L: Ninguno

N.Ú.M.E.R.O D.E C.E.N.T.R.O.S P.A.R.T.I.C.I.P.A.N.T.E.S D.E.L I.M.S.S.: (1) Unidad de Medicina Familiar No. 25, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

N.Ú.M.E.R.O D.E P.A.C.I.E.N.T.E.S. Q.U.E. C.A.D.A. C.E.N.T.R.O D.E.L I.M.S.S. I.N.C.L.U.I.R.Á: los recolectados en un periodo de 3 meses.

A.N.T.E.C.E.D.E.N.T.E.S: La calidad de vida en pacientes con DM tipo 2 depende del tipo de interacción en su entorno familiar, social y laboral. La población de pacientes con DM tipo 2 en México ha incrementado, aunado a los estilos de vida, en donde predomina la falta de actividad física y el consumo de alimentos hipercalóricos. La calidad de vida se ve afectada en aspectos como control de su enfermedad, disfuncionamiento sexual, niveles elevados de ansiedad y sobrecarga social.

O.B.J.E.T.I.V.O: Conocer la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos al programa Diabetimss de la Unidad de Medicina Familiar número 25 de Tuxtla Gutiérrez.

M.A.T.E.R.I.A.L Y MÉ.T.O.D.O.S.: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental, con una muestra no probabilística A conveniencia.

A.N.Á.L.I.S.I.S E.S.T.A.D.Í.S.T.I.C.O: Se efectuaron medición de medidas de tendencia central: Media, mediana y moda para variables cualitativas, porcentajes y cálculos de asociación entre las variables utilizando la Chi cuadrada.

R.E.S.U.L.T.A.D.O.S: Se realizaron 80 encuestas**,** el40.2% presentan calidad de vida, afectada, el 42.5% son hombres y 57.5% mujeres, edad promedio de 56.2 años para ambos sexos. 32.5% corresponden a un tiempo de evolución de la enfermedad de 6 a 10 años. 42.5% presentan control glucémico. Las variables independientes estudiadas con mayor impacto demuestran que 33.3% presenta disfunción sexual, 31.9% ansiedad y preocupación y 26% diminución de energía y movilidad.

C.O.N.C.L.U.S.I.O.N.E.S: De la población estudiada, son los hombres quienes mayor afectación en la calidad de vida presentan, sin embargo son quienes mejor control tienen sobre la enfermedad a diferencia de las mujeres. La prevención y control de las enfermedades cronicodegenerativas, representa un reto importante para el médico familiar, logrando ambas acciones se puede mejorar la calidad de vida de los diabéticos, insistiendo en cambios del estilo de vida y prevenir la aparición de las complicaciones a largo plazo que conlleva esta enfermedad.

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación de Salud, adscrito al Hospital General de Zona N.º 2 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

P.A.L.A.B.R.A.S C.L.A.V.E.: Calidad de vida, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetimss.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos De La DM2

“El término diabetes (dia: a través; betes: pasar) es atribuido al griego Areteo de Capadocia en el siglo ll después de Cristo (d.c.), quien fue el primero en diferenciar a la diabetes de orina dulce (mellitus, vocablo latino usado después) y la que carecía de tal sabor (insipidus) (1). Los datos más antiguos de que se tiene registro acerca del conocimiento de esta patología, se encuentran en el papiro de Ebers. […]. Gracias a la formalización del método experimental y a los avances logrados en química y fisiología en el siglo XIX, fue posible para muchos clínicos instaurar medidas terapéuticas más apropiadas (1).

Se considera al descubrimiento de la insulina, como el momento más impactante y recordado de la historia de la diabetes la cual se sitúa en el año 1921. El primer ensayo en humanos fue realizado en enero de 1922, Leonard Thompson, joven con diabetes de 14 años y con solo 29 kilos de peso, recibió la primera dosis de insulina que provoco una mejora espectacular en su estado general; el paciente murió 13 años después, como causa de bronconeumonía, observándose en su autopsia avanzadas complicaciones diabéticas(1,2).

El uso de la insulina se fue extendiendo, aunque los métodos usados para su extracción eran muy costosos y la cantidad no era suficiente para toda la demanda. En España, el doctor Rossend Carrasco, emprende la tarea de la obtención de la insulina a través de la extirpación del páncreas de los cerdos sacrificados en el matadero municipal de la Barcelona. Esta primera insulina obtenida de animales generaba peligrosas hipoglucemias y grandes reacciones locales, debido en gran medida a sus impurezas.

Janbon y Loubatieres, descubren el poder hipoglucemiante de las sulfamidas administradas por la via oral, en 1942, proporcionaron el paso definitivo para que los hipoglucemiantes orales se constituyeran en el otro de los grandes pilares del tratamiento de la diabetes, en eset caso del tipo II.

Con el descubrimiento de la insulina, se logró un gran avance en el tratamiento médico acerca de esta enfermedad y las mejoras en la medicina y las nuevas tecnologías, favoreciendo a la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus (1,2).

Durante las últimas décadas se han realizado extraordinarios avances en el conocimiento de la epidemiologia, fisiopatología, complicaciones, prevención y tratamiento. La etiología de la DM, ha sido desentrañada a la luz del conocimiento de los procesos autoinmunitarios, el papel de la herencia, la insulinorresistencia, la predicción ya es factible. Nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos se han desarrollado plenamente así como se vislumbran a corto plazo.

Diabetes Mellitus Definiciones

Podemos definir a la diabetes mellitus según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no la utiliza (3).Para la Organización Panamericana de Salud (OPS), el término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (3,4).

Según la guía de práctica clínica (GPC) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) número 718-14 define a la DM como: Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina. Es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre (5).

Epidemiología

A nivel mundial, el número de personas con diabetes mellitus se ha cuadruplicado en las últimas tres décadas, y la diabetes mellitus es la novena causa principal de muerte. Aproximadamente 1 de cada 11 adultos en todo el mundo ahora tiene

diabetes mellitus, el 90% de los cuales tiene DM 2 que está emergiendo rápidamente, con China e India como los dos principales epicentros.

Aunque la predisposición genética determina en parte la susceptibilidad individual a la DM2, una dieta poco saludable y un estilo de vida sedentario son importantes impulsores de la epidemia mundial actual. Los factores de desarrollo tempranos (como las exposiciones intrauterinas) también tienen un papel en la susceptibilidad a la DM2 más adelante en la vida.

Muchos casos de DM2 podrían prevenirse con cambios en el estilo de vida, que incluyen mantener un peso corporal saludable, consumir una dieta saludable, mantenerse físicamente activo, no fumar, no beber alcohol.

Según estimaciones que fueron realizadas por la Federación Internacional de Diabetes(FID) y la OMS, entre 1994 y 2000, el número de pacientes con DM en todo el mundo en el año 2000 se encontraba alrededor de 150 millones de personas, y de ellas el 54 % correspondía a América Latina y el Caribe (6).

Se espera que, de continuar las tendencias actuales, para el año 2025 se alcancen los 3000 millones de pacientes con diabetes (1 por cada 14 adultos tendrá DM, según la FID), comportándose como una verdadera pandemia (6). Se estima que el número de personas con diabetes ha incrementado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.

La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.Cabe mencionar que la prevalencia de la diabetes mellitus ha ido incrementándose de una forma más rápida en los países de ingresos medianos y bajos. La diabetes condiciona a una serie importante complicaciones como son: ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

Entre los pacientes con DM2, las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad, y las complicaciones renales son altamente prevalentes en pacientes con diabetes mellitus en Asia.

Se estima que en 2012 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes, y que otros 2,2 millones de muertes eran atribuibles a la hiperglucemia. Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según estimaciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

Con la incorporación de una dieta saludable, la fomentación de una actividad física regular, la disciplina en el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco, se consideran como acciones que pueden ayudar a prevenir la aparición de la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición (3,6).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, China, India, Estados Unidos, Brasil, Rusia y México, son, en ese orden, los países con mayor número de diabéticos (7). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 exploró el estado de diversas enfermedades crónicas en México (8). Se encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, esto en base a un diagnóstico previo de la enfermedad. Entre esta población:

- Las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Esta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres).
- La mayor prevalencia de diabetes se observa entre los hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%).

De los adultos que reportaron un diagnóstico médico previo de diabetes, se encontró lo siguiente:

- El 87.7% de los adultos con diabetes recibe un tratamiento para controlar la diabetes, cifra que aumentó ligeramente de la cifra de 85% en 2012.
- El uso de insulina como tratamiento aumentó de 6.5% en 2012 a 11.1% en 2016, así como el uso conjunto de insulina y pastillas (6.6% en 2012 a 8.8% en 2016).

- Sólo 2 de cada 10 adultos con diabetes se realizó una revisión de pies en el último año (20.9%), esto es, en 21.1% de las mujeres y 20.5% de los hombres.
- La medición de hemoglobina glicosilada, que aporta información acerca del control de la glucosa de los últimos 3 meses, se realizó en 15.2% de los pacientes (12.1% de los hombres y 17.5% de las mujeres) en el año previo.
- Las complicaciones reportadas por los adultos diabéticos fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas. Las amputaciones se observaron en 5.5%.
- Como complicaciones adicionales se reportó ardor, dolor o pérdida de sensibilidad en la planta de los pies en 4 de cada 10 diabéticos (41.2%), mientras que 2 de cada 10 no pueden caminar más de 6 minutos sin sentir fatiga (20.4%).
    - Por último, 46.4% de los adultos con diabetes no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones.

En México, se estima que la edad promedio de las personas que murieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo que nos da un parámetro en cuanto a la reducción en los años de vida, que es de aproximadamente 10 años en los individuos que son portadores de la enfermedad. (8,7).

El reto que se presenta ante la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido a los altos costos económicos y a la pérdida de calidad de vida de todas aquellas personas quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que son necesarios en el sistema público de salud para su atención.

En México, las estimaciones existentes son muy variables según los cálculos traducen que de un 5 a 14% del gasto en salud, es destinado a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona directamente con la tasa de mortalidad por esta causa (8,7).

En cuanto al padecimiento de la diabetes mellitus tipo 2, la cual es clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas, en México, se engloba dentro de una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro país, la cual se ve asociada con el aspecto económico y social (9).

Según en la última Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud que se realizó, se observó que: “La DM-2 se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales”. “Es la tercera a cuarta en la demanda de la consulta externa” (9).

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Chiapas fue de 5.6%, similar a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.4%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (6.3%) que en hombres (4.8%), con una razón mujer: hombre de 1:3. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (9.2 y 14.6%, respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (11.5%) y disminuyó en mujeres de la misma edad (10.3%). En los hombres, no hubo casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años (10). En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 18.3 y 12.9 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente.

De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de 7.7% para Chiapas. Se observó una diferencia importante por sexo, las mujeres (10.6%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (3.5%), con una razón mujer: hombre de 3.0. Sólo a la población de 40 a 59 años se le realizó la prueba, al 14.4% de las mujeres, y al 5.5% de los hombres de este

grupo de edad (10). En este mismo grupo, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 13.6%.

Otro factor muy importante y que interfiere en estas estadísticas es acerca sobre el nivel educativo bajo de los pacientes con DM-2 que condiciona de forma muy significativa con el fracaso en la adherencia al tratamiento médico. La calidad de vida en los pacientes portadores de diabetes mellitus está muy relacionada con la salud, la cual es considerada como una medida que se compone principalmente del: bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente sobre diversos componentes de la salud.

Se estima que en los últimos años se ha ido produciendo un notable incremento en el número de pacientes diabéticos, pudiendo considerarse que en aproximadamente en un 10% de las personas mayores de 60 años padecen de esta enfermedad, y que el número de diabéticos aumenta en un 3% por cada década de edad a partir de los 40 años. Además, se espera que la cifra de personas con diabetes se duplique para el año 2025 (11).

La Diabetes Mellitus se considera como un gasto sanitario muy importante, bien sea por el cuidado de la enfermedad o por la necesidad de ocupar una atención sanitaria secundaria a las complicaciones médicas producidas por la misma enfermedad. (10).

La DM, además, de que representa un gasto considerablemente elevado debido al estrés, dolor y ansiedad que comporta, repercute indiscutiblemente sobre la reducción en la calidad de vida, tanto de la persona con diabetes como de sus familiares.

Las estrategias de manejo de ls MD2 que incluyen modificaciones en el estilo de vida, apoyo social y asegurar la adherencia a la medicación son clave para reducir la incidencia de complicaciones de diabetes mellitus.

Es de mucho preocupar la Calidad de Vida que estos pacientes llevan, así como la formación que estos tienen sobre aspectos relacionados con la educación para la salud y en concreto sobre su enfermedad crónica (11).

Hoy en día, la DM es una causa importante de discapacidad y muerte en prácticamente todos los países, afectando desproporcionadamente la economía y los presupuestos de atención de la salud de los países en vías de desarrollo, y la calidad de vida de los individuos, sus familias y sus comunidades (12). La diabetes es una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo más allá del control glucémico.

Factores De Riesgo

Los principales impulsores de la epidemia mundial de la DM2 incluyen sobrepeso y obesidad, estilo de vida sedentario y un mayor consumo de dietas poco saludables que contienen altos niveles de carne roja y carne procesada, granos refinados y bebidas azucaradas.

Otro factores de riesgo relacionados al desarrollo de esta enfermedad son: grupos éticos, principalmente: latinos, afroamericanos y afroasiáticos, índice de masa corporal mayor a 25 kilogramos (kg)/m2, carga genética en familiares de primer grado, hipertensión arterial, síndrome de ovario poliquístico, diabetes gestacional, madres de hijo con peso mayor de 4(kg), hipogonadismo masculino, acantosis nigricans, hiperandrogenismo, edad, sexo (mayor riesgo en mujeres) y dislipidemias(13).

Fisiología

Cuando los bucles de retroalimentación entre la acción de la insulina y la secreción de insulina no funcionan correctamente, la acción de la insulina en los tejidos sensibles a su acción como el hígado, los músculos y el tejido adiposo (resistencia a la insulina) y la secreción de insulina por las células beta del islote pancreático se ven afectadas, lo que resulta en niveles anormales de glucosa en sangre.

La insulina es una hormona que se produce principalmente en el páncreas y tiene como función principal permitir que la glucosa proveniente de los alimentos pase a las células del organismo, dando como resultado la producción de energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Por lo tanto, en una persona con diabetes no es posible la absorción de la glucosa de una forma adecuada, dando como resultado niveles de glucosa elevadas (hiperglucemias). Esta condición puede llegar a provocar complicaciones para la salud potencialmente letales (13).

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada como una enfermedad crónico degenerativa que se caracteriza por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, que da como consecuencia elevaciones de las cifras de glicemia en sangre, todo esto promovido por un defecto en la secreción y/o acción de la insulina, o mediada por ambos procesos (14).

Clasificación

La diabetes se puede clasificar en las siguientes categorías generales:

- 1.- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1)
- 2.- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), (resistencia a la insulina).
- 3.-Diabetes mellitus gestacional (DMG),
- 4.-Síndromes monogénicos de diabetes, como la diabetes neonatal y la diabetes de madurez de los jóvenes (MODY).

Cuantificar la prevalencia de la diabetes y el número de personas afectadas por la diabetes, ahora y en el futuro, es importante para permitir una planificación racional y la asignación de recursos (15). Las metas en educación para la diabetes consisten en mejorar el control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida a costos razonables (16).

“Al ser el primer nivel de atención el contacto inicial de los individuos con el sistema de salud, es prioritario implementar la educación para la salud, en función de promover la prevención de la enfermedad”. (17).

Estilos De Vida Y DM2

La diabetes mellitus es una de las enfermedades que está estrechamente relacionada con los estilos de vida, al igual que la presencia de inactividad física, así como el tipo y la cantidad de los alimentos ingeridos por el paciente. Por lo que es indispensable que las personas que portan esta enfermedad deban recibir una atención médica continua y la participación de un personal capacitado para la orientación y educación en este tipo de pacientes, con el objetivo de prevenir las manifestaciones agudas y con ello disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo(14,17).

Educación Y Estándares De Atención De La DM2

La educación y el apoyo de la autogestión de los pacientes son fundamentales para prevenir complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo (18). Los "Estándares de Atención Médica en Diabetes" de la American Diabetes Association (ADA) tienen como objetivo proporcionar a los clínicos, pacientes, investigadores, contribuyentes y otras personas interesadas los componentes del cuidado de la diabetes, los objetivos generales del tratamiento y las herramientas para evaluar la calidad del cuidado (18).

Las recomendaciones incluyen el cribado, el diagnóstico y las acciones terapéuticas que se sabe o cree que afectan favorablemente los resultados de salud de los pacientes con diabetes.

DIABETIMSS

Es un programa estratégico del IMSS, mediante el cual se otorga atención integral a los pacientes diabéticos, a través del equipo de salud, con especial énfasis en el proceso educativo, para lograr los cambios en el estilo de vida como son modificar los hábitos alimentarios y la práctica de actividad física del paciente y su familia.

El objetivo de este programa es: alcanzar las metas de control metabólico, identificar o retrasar en la aparición de complicaciones, mayor sobrevida, mejor nivel de salud, mayor satisfacción de los pacientes, uso más eficiente de los recursos(19).

Los módulos de DIABETIMSS están conformados por grupo de 20 personas con sesiones que duran 2.5hrs al mes con un total de 20 sesiones, en donde aprenden medidas de prevención y cuidados de esta enfermedad. Está conformado por un equipo multidisciplinario que consta de un médico familiar, y enfermera general, e intervenciones episódicas por nutricionistas, estomatólogos, psicólogos (en donde exista la categoría) y trabajo social (19).

Dentro de los temas que se imparten, se encuentran: realidades acerca de la diabetes, auto-monitoreo, el plato del buen comer, hipoglucemia y tratamiento, modificación de conducta, manejo del estrés, actividad física y diabetes, cuidado personal, entre muchos otros (19).

Los Criterios de envío al módulo de DIABETIMSS son

- ✓ Paciente que padezca Diabetes de cualquier tipo.
- ✓ Paciente que autorice su referencia al módulo con carta de consentimiento informado.
- ✓ De cualquier edad y sexo.
- ✓ Con menos de 10 años de evolución.
- ✓ Sin deterioro cognitivo, psicosis o farmacodependencia.
- ✓ Sin complicaciones crónicas de su padecimiento.
- ✓ Con compromiso de red de apoyo familiar o social.
- ✓ Sin problemas para acudir una vez al mes a una sesión con una duración de 2.5 horas.

El programa DIABETIMSS está diseñado para proporcionar atención de tipo médico-asistencial, caracterizado por mantener un enfoque estructurado, integral y multidisciplinario que está dirigido al paciente con diagnóstico de DM2, todos estos aspectos tienen la finalidad de implementar la prevención de complicaciones, limitación del daño y rehabilitación, con la finalidad de poder lograr conductas positivas y cambios a estilos de vida saludables, buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia(19).

DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA E HISTORIA:

Podemos definir la calidad de vida según la OMS como: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno” (20).

La calidad de vida se evalúa analizando cinco áreas diferentes: bienestar físico (con conceptos como la salud, seguridad, bienestar material), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia y comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad).

El término del concepto de Calidad de Vida (CV) en cuanto a su historia, puede traspolarse a los Estados Unidos, que tuvo lugar después de la Segunda Guerra Mundial, como un punto de interés hacia los investigadores de esa época, con el fin de tener el conocimiento acerca de cómo las personas podían percibir si tenían una buena calidad de vida o si se encontraban financieramente seguras (20). El concepto de calidad de vida tuvo su extensión a partir de los sesentas, que es a partir de entonces cuando los científicos sociales deciden iniciara realizar investigaciones referentes a la calidad de vida. Dentro de dicha investigación recabaron informes y datos objetivos acerca del estado socioeconómico de las personas, nivel educacional o tipo de vivienda, considerándose a estos en muchas ocasiones como indicadores económicos insuficientes (21).

En cuanto a las mediciones de calidad de vida pueden presentar dos distinciones importantes, como son: los estándares de vida y los estilos de vida. Desde este punto de vista, la calidad de vida se relaciona con la capacidad de adaptación que una persona pueda tener en cuanto a la adaptación de su cultura. (22).

Dentro de la calidad de vida se encuentran indicadores objetivos que son fundamentalmente el nivel socio-económico y salud. Es decir, todos aquellos que

puedes medir con facilidad y los indicadores subjetivos, que son aquellos difíciles de medir como la libertad, los derechos humanos y la felicidad. Es complejo debido a que la subjetividad está sujeta a las percepciones, por lo que varían de persona a persona.

Escala

Para esta investigación se utiliza el cuestionario Diabetes 39, que se diseñó para medir la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipos 1 y 2. Este instrumento ya fue validado en México. Es un instrumento multidimensional ya que cubre aspectos como: bienestar psicológico y funcionamiento. Este cuestionario que se enfoca en los pacientes diabéticos, es relativamente corto, y fácil de contestar.El cuestionario de Diabetes 39, evalúa un total de 39 ítems cerrados los cuales se encuentran agrupados en cinco secciones: Energía-Movilidad, Control de la diabetes; Ansiedad-preocupación, Carga social y Funcionamiento sexual(23). Este cuestionario tiene un Alpha de Cronbach que va desde 0.75 hasta 0.93, 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 (24,25). En este instrumento el paciente contesta de acuerdo a como percibe su calidad de vida. Para la validación de este cuestionario (diabetes 39) realizaron un estudio en 249 sujetos diabéticos tipo 2 sobre calidad de vida, dentro del cual se encontraron una alta incidencia de obesidad, hipertensión y dislipidemias, del total de esos pacientes un tercio de ellos presentó complicaciones tardías de la diabetes. En algunos de los 39 ítems que contiene el cuestionario, se evalúa sobre la afectación principalmente en los hombres acerca de su funcionamientosexual y en las mujeres sobre la energía y movilidad (24,25).Uno de los principales objetivos de nuestro protocolo de estudio es conocer el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 sobre la calidad de vida de los pacientes que la padecen, con la finalidad de identificar cual es la relación de las variables determinantes como ansiedad, funcionamiento sexual, energía, sobrecarga social y control de diabetes.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, se espera que, para el año 2025 el número de pacientes diabéticos, alcance los 3000 millones, uno por cada 14 adultos padecerá de Diabetes Mellitus, comportándose para ese entonces como una verdadera pandemia. Se considera que la DM-2 se encuentra entre la segunda y tercera causa de los egresos de los hospitales y es la tercera a cuarta en la demanda de la consulta externa.

En México la Diabetes Mellitus es la principal causa de muerte y se estima que podrían ser 80,000 mil muertes por año. Algo que llama mucho la atención, es que muchas de estas muertes, además de ser prematuras, son precedidas por un periodo largo de discapacidad severa y costosa. La diabetes es la primera causa de ceguera prevenible en el adulto en edad productiva, la primera causa de insuficiencia renal terminal, la primera causa de amputaciones no traumáticas y la principal causa de infartos al miocardio.

Por lo anteriormente descrito se observa que esta investigación es altamente pertinente, debido a que se pretende realizar una intervención oportuna en la prevención y la modificación de los estilos de vida, con el fin de mejorar la calidad de la misma, y de esta forma reducir los indicadores que se esperan para el año 2025. Por lo consiguiente, esta investigación aborda aspectos que interfieren en el desarrollo del buen vivir, de aquellos pacientes, que padecen de esta común enfermedad, denominada “Diabetes Mellitus tipo 2”.

Por lo tanto, la muestra es enfocada en pacientes pertenecientes al programa DIABETIMSS de la unidad de medicina familiar número 25 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de la cual se trabajan aspectos como: energía- movilidad, control de la diabetes, ansiedad- preocupación, carga social y funcionamiento sexual del paciente con DM2. Lo que permite realizar un programa de control con el objetivo de que la población tuxtleca cree conciencia sobre la importancia de prevenir el desarrollo de dicha enfermedad, o bien ayudar a la población que aún no la padece.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el instituto mexicano del seguro social de la delegación de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de la unidad de medicina familiar número 25, el primer nivel de atención lo conforma el médico familiar quien atiende la mayor cantidad de los derechohabientes. En esta unidad se cuenta con un programa denominado DIABETIMSS, al que se encuentran adscritos pacientes que padecen dicha enfermedad, dentro de éste, se llevan a cabo citas mensuales de todos los pacientes para obtener un mejor control de su padecimiento, así como, también se educa al enfermo acerca de su patología, y de cuáles son las metas de control para su Diabetes, y con ello disminuir el riesgo de padecer tempranamente las complicaciones que conlleva esta enfermedad.

Para su control se valoran aspectos como la glucemia sérica en ayunas, la hemoglobina glicosilada, los niveles de colesterol y triglicéridos, la función renal, la conservación de la sensibilidad, la prevención del pie diabético, el control de peso, entre otros. Este programa integra otras áreas de la medicina como psicología, nutrición y el médico familiar con la finalidad de preservar la calidad y alargar la vida de los pacientes diabéticos.

Este programa está diseñado para proporcionar atención de tipo médico-asistencial con la finalidad de poder lograr conductas positivas y cambios en los estilos de vida saludables, buscando la corresponsabilidad del paciente y su familia, promoviendo la realización de actividad física diaria y la disminución en la ingesta de grasas saturadas y azucares refinados, esperando con esto mantener en el paciente un mejor control glucémico y con ello la menor cantidad de medicamentos para el control de la enfermedad de base.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la unidad de medicina familiar número 25?

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la Unidad de Medicina Familiar número 25 de Tuxtla Gutiérrez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los niéveles de ansiedad y calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus 2adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25.
- Conocer el funcionamiento sexual y la calidad de vida de los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar el nivel de control de diabetes y la calidad de vida de los pacientes portadores de la enfermedad.
- Conocer el nivel de la carga social en la calidad de vida de los pacientes diabéticos adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25.

HIPÓTESIS

- La calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la Unidad de Medicina Familiar número 25 de Tuxtla Gutiérrez se encuentra afectada en un 30%.
- El nivel de ansiedad en la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25 se ve afectada en un 23% probablemente.
- El 40% del funcionamiento sexual y su relación con la calidad de vida de los pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 se ve afectada.
- El control de la diabetes sobre la calidad de vida se ve muy afectada en los pacientes que portan la enfermedad probablemente en un 50%.
- La carga social en relación a la calidad de vida de los pacientes diabéticos adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25 se ve afectada probablemente en un 30%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no experimental, no probabilístico, aleatorio por conveniencia.

Límites de tiempo y espacio

Se obtuvieron las actividades correspondientes a la recolección de datos, así como su análisis y resultados en el periodo de Enero a Octubre del 2018. El espacio se encuentra designado por la estructura de la Unidad Médica Familiar No.25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Universo

Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad Médica Familiar No. 25 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Población de estudio

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez. Dentro de dicho programa interviene la participación de psicología, nutrición y el médico familiar. Se realizó en pacientes que acudieron de forma física a sus consultas durante el periodo de recolección de datos.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DIABETIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que decidan participar y que se encuentren en el espacio físico de la unidad en el periodo de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no pertenezcan al programa DIABETIMSS de la Unidad MédicaFamiliar No. 25 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.
- Pacientes analfabetas con diabetes mellitus tipo 2 que pertenezcan al programa DIABETIMSS de la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez.
- Pacientes que no acepten participar en la aplicación de la encuesta y que se encuentren adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que se encuentren adscritos al programa DIABETIMSS de la UMF 25 de Tuxtla Gutiérrez.

Criterios de eliminación:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que señalen dos casillas a la vez en un mismo ítem lo que originaría confusión para su interpretación.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

Variables

Variable dependiente:

- Calidad de vida.

Variables independientes:

- Control de la diabetes
- Ansiedad y preocupación
- Carga social
- Funcionamiento sexual
- Edad
- Sexo
- Tiempo de evolución de la diabetes

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Naturaleza	Escala	Indicador
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes (OMS)	Cualitativa	Ordinal	Afectada No afectada
Control de la diabetes mellitus tipo 2	Es el resultado deseado que se espera en una persona con diabetes mellitus. Los objetivos glucémicos prepandiales se mantienen en 80-130 mg/dl (4,4-7,2 mmol/l) y postprandiales inferiores a 180 mg/dl (10,0 mmol/l). STANDARS OF MEDICAL CARE IN DIABETES 2016.	Cualitativa	Ordinal	Controlada No controlada
Ansiedad	Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. (GPC)	Cualitativa	Ordinal	No afectada Muy afectada

Carga social	Contribuciones y/o aportes personales que un individuo tiene en un grupo determinado de personas.	Cualitativa	Ordinal	Afectada No afectada
Funcionamiento sexual	integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la expresión sexual	Cualitativa	Ordinal	No afectada Muy afectada
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. (OMS,2015)	Cuantitativa	Continua	Número de años cumplidos
Sexo	Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. (OMS,2015)	Cualitativa	Ordinal	Hombre Mujer
Tiempo de evolución de la Diabetes	Tiempo: duración de las cosas que se encuentran sujetas al cambio. Evolución: cambio o transformación gradual de algo, como un estado, una circunstancia o una situación.	Cuantitativa	Continua	Número de años transcurridos con la enfermedad

Análisis Estadístico

Se llevó a cabo con el programa estadístico, SPSS versión 21, se realizó análisis estadístico obteniendo medidas de tendencia central (Media, mediana y moda) para variables cualitativas, porcentajes y cálculos de asociación entre las variablescualitativas utilizando la Chi cuadrada, con una significancia estadística de 95%, los resultados se presentan en gráficas y tablas de frecuencia.

Desarrollo Del Proyecto

El protocolo se sometió a revisión del Comité local de Investigación en salud No. 3005 del HGZ No. 24 Poza Rica, Veracruz para luego de su acreditación se aplique en el sistema de registro electrónico del comité de investigación para su aceptación final.

Una vez registrado se giró el oficio correspondiente para que el director y administrador de la Unidad de Medicina Familiar No. 25 brindaran las facilidades para la realización de la investigación en el periodo de 10 meses a partir de Enero a Octubre del 2018.

Se informó ampliamente a todos los pacientes diabéticos pertenecientes a DIABETIMSS que desearon colaborar, resaltando la importancia de su participación y que esta no obtuvo ningún riesgo para su salud.

El instrumento fue aplicado dentro de las instalaciones de la Unidad Médica Familiar No. 25, se seleccionaron a través de su presencia física en su área de consulta. Los datos que se obtuvieron son totalmente confidenciales y de manera anónima.

Posteriormente se procedió al análisis de la información recabada en el programa SPSS, donde se utilizó la versión 21 en español para Windows. Se efectuaron medidas de tendencia central (Media, mediana y moda) y medidas de dispersión. Los resultados se presentan en gráficas y tablas de frecuencia, con referencia a los objetivos del estudio y dirigidos a la comprobación o no de las hipótesis.

Por último, se realizó la discusión de los resultados con estudios realizados en otros países, así como la comparación de los resultados que se obtuvieron finalizando con recomendaciones para la estadística nacional y local.

Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario de Diabetes 39 en su versión en español, adaptado y validado en México, el cual posee un índice de Alfa de Cronbach de 0.75 a 0.93. es una escala multidimensional elaborada en Estados Unidos de América, compuesta por 39 ítems que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud, con relación a cinco dominios de la vida del paciente: energía y movilidad (15 ítems), control de la diabetes (12 ítems), ansiedad y preocupación (4 ítems), sobrecarga social (5 ítems) y funcionamiento sexual (3 ítems). Es un cuestionario auto aplicado. Cada ítem es calculado a partir de la evaluación hecha por el propio paciente con diabetes mellitus, con relación a su calidad de vida, cuanto fue afectada durante el último mes por acción o actividad que expresa cada ítem colocando una “X” en una escala que se presenta como una línea continua, con marcas verticales que delimitan espacios en los cuales se identifican los números de 1 a 7, en que, en las escalas de valores, el número 1 representa la calidad de vida que no fue afectada en nada, en absoluto, y el número 7, extremadamente afectada. A los cinco dominios se le incorpora dos ítems finales que califican la percepción del paciente acerca de su calidad de vida de manera general, con un rango del 1 (mínima) al 7 (máxima), y la severidad de la diabetes con un 1 (ninguna severidad) al 7 (extremadamente grave). Los puntajes de cada dominio, incluyendo los dos últimos ítems, se transforman a una escala de 0 a 100 mediante una fórmula de conversión lineal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizó estadística descriptiva. Se relacionaron las variables cualitativas calidad de vida con la gravedad de la diabetes. Se buscaron diferencias por sexo en los valores de variables clínicas por mediode chi cuadrada. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 21 para Windows.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Humanos:

- 1 médico Residente de medicina familiar.
- 1 encuestador.

Materiales:

- Cuestionarios
- Hojas de papel blancas
- Bolígrafos
- Lápices
- Una computadora

Financieros:

- Los propios del investigador.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación seapegó a la Ley General de Salud, de igual forma fue evaluado por Comité local de Investigación en salud No. 3005 del HGZ No. 24 Poza Rica, Veracruz donde se analizó su factibilidad y realización. La información obtenida de los encuestados involucrados en el estudio es confidencial.

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaria de Salud1986); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1, Investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no lleva nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindó una explicación que pudo ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, se realizó cualquier pregunta, y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

RESULTADOS

Durante el periodo mayo 2017 a agosto 2018, se llevó a cabo un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En donde completaron el estudio 80 pacientes (100%) diabéticos adscritos al programa DiabetIMSS de ambos turnos, los cuales fueron considerados como la muestra final para realizar el análisis estadístico, obteniéndose los siguientes resultados:

A) Características sociodemográficas:

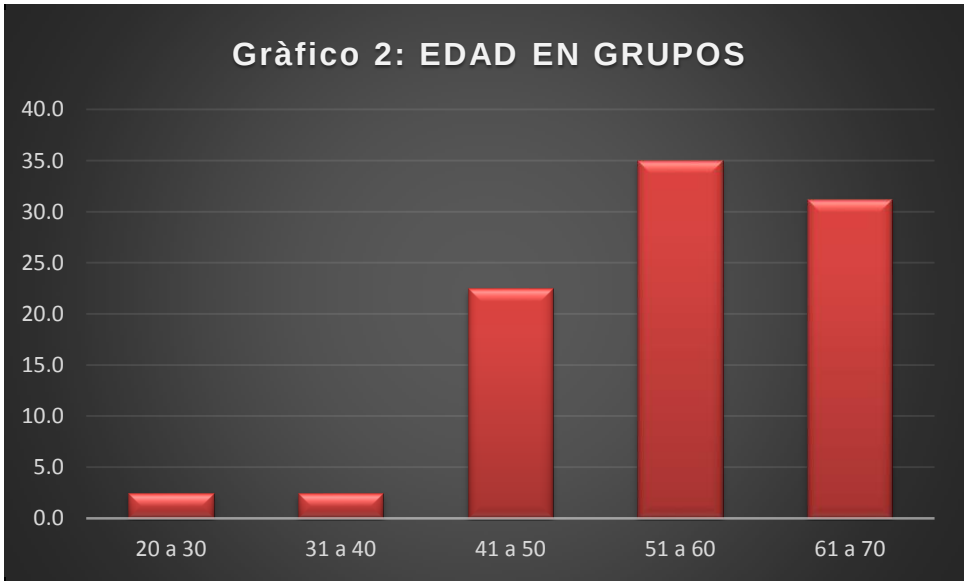
La muestra estuvo conformada por 34 hombres que corresponden al 42.5% y 46 mujeres que corresponden al 57.5% (ver tabla y gráfico 1).

TABLA 1:		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Hombre	34	42.5
	Mujer	46	57.5
	Total	80	100.0

Fuente: cédula de recolección de datos por género con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

Fuente: cédula de recolección de datos por género con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

Edad. Los pacientes presentaron una edad mínima de 26 años y una máxima de 78 años, con un promedio de edad de 56.29 y una desviación estándar de ± 9.7. (Ver gráfico 2)



Fuente: cédula de recolección de datos por edad con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

B) **Tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2**:

Respecto al tiempo de evolución de la diabetes mellitus, un tiempo de evolución de entre uno y más de 20 años, incluidos ambos sexos, con una media y desviación estándar de 11.50 y ± 6.55 años respectivamente, con un percentil 25 de 8.0 y para el percentil 75 de 15.57. Los resultados completos pueden ser consultados en la Tabla 2:

Tabla 2 Tiempo evolución DM grupos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Años	0 a 5	12	15.0	15.0	15.0
	6 a 10	26	32.5	32.5	47.5
	11 a 15	22	27.5	27.5	75.0
	16 a 20	13	16.3	16.3	91.3
	20 y mas	7	8.8	8.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Fuente: cédula de recolección de datos por tiempo de evolución de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

C) Control metabólico durante la estancia en el programa DiabetIMSS:

Se revisaron las encuestas realizadas a los pacientes adscritos al programa DiabetIMSS en relación al control de los niveles de glucosa que han mantenido durante su estancia en dicho programa y los resultados fueron los siguientes:

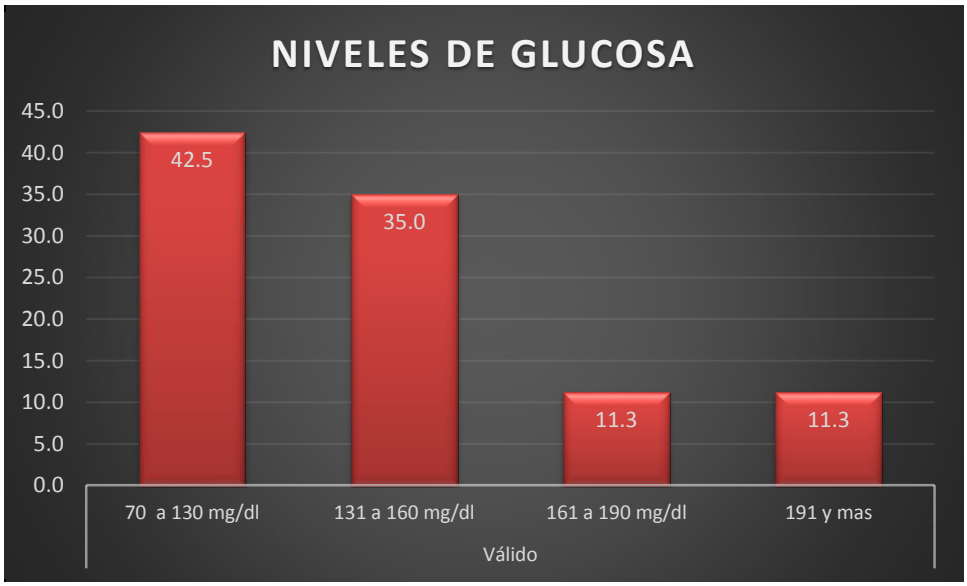
La media y desviación estándar de los parámetros de control metabólico fueron: nivel de glucosa en el último mes de 147.83 ± 40.039 mg/dl respectivamente. Así como una mediana de 136.50 mg/dl,. Se obtuvieron los resultados en porcentajes según los niveles de glucosa de acuerdo a lo siguiente: con 70 a 130mg/dl representaron un 42.5% de los participantes, dentro del rango de 131 a 160mg/dl se obtuvo un 35% de los pacientes, posteriormente entre los 161 a 190 mg/dl se encontraron al 11.3% de los participantes y finalmente los pacientes con un nivel superior a 190 mg/dl representaron el 11.3%. Los percentiles para esta variable fueron: Percentil 25 igual a 122.75mg/dl y para el percentil 75 fue de 160.0 mg/dl.

Los valores de control metabólico pueden consultarse en la tabla 3 y gráfico 3:

Tabla 3: Niveles de Glucosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel de glucosa	70 a 130 mg/dl	34	42.5	42.5	42.5
	131 a 160 mg/dl	28	35.0	35.0	77.5
	161 a 190 mg/dl	9	11.3	11.3	88.8
	191 y mas	9	11.3	11.3	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Fuente: cédula de recolección de datos por niveles de glucosa obtenidos de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.



Fuente: cédula de recolección de datos por niveles de glucosa obtenidos de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

D) Calificación global por variable analizada del cuestionario DM39 llevada a cabo en la encuesta de pacientes adscritos al programa DiabetIMSS:

Los resultados observados por cada variable que conforman el cuestionario para evaluar la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron los siguientes:

La **calidad de vida** arroja los siguientes resultados según la encuesta realizada: se obtuvo una media de 40.2%. El rango de afectación de la calidad de vida por sexo se obtuvo que 43.63% corresponde al sexo masculino y 37.68% al sexo femenino, lo que concluye, que son los hombres, quienes mayormente perciben una calidad de vida afectada en comparación con las mujeres. La mediana fue de 33.30% y moda de 33.3%, desviación estándar de ± 23.07, lo que representa que la calidad de vida en estos pacientes, se encuentra afectada.Ver tabla y gráfico 4.

Tabla 4: calidad de vida	
	CALIDAD DE VIDA
Media	40.2
Mediana	33.3
Moda	33.3
Desviación estándar	23.07

Fuente: cédula de recolección de datos de afectación de calidad de vida por sexo de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

Fuente: cédula de recolección de datos de afectación de calidad de vida por sexo de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

Energía y movilidad: la media fue de 26.06% en total, desglosado por sexos, se obtuvo que los hombres se encuentran más afectados, representando el 29.18% a diferencia de las mujeres que ocupan el 23.76%, la mediana que se obtuvo fue de 20%, moda de 16.70%, con una desviación estándar de ± 18.53, con un rango de 78.90% del cual el valor mínimo fue de 1.10 y un máximo de 80.00%, con percentil

25 de 13.57 y percentil 75 de 37.80. Lo que concluye que este rubro se encuentra afectado por la condición clínica estudiada.

Ansiedad y preocupación: la media fue de: 31.90% que representa a los 80 participantes que terminaron el estudio, de los cuales 32.9% corresponde al sexo masculino y 31.17% al sexo femenino, que indica que siguen siendo los hombres más afectados por esta enfermedad. La mediana obtenida fue la siguiente: 27.10%, moda de 12.50%, con una desviación estándar de ± 22.62, rango global de 87.50 con un mínimo de 0 y un máximo de 87.50. Se obtuvieron los percentiles 25 y 75 en la que se encuentra un valor de 12.50 y 50 para cada una respectivamente. Lo que demuestra que los hombres se encuentranmás afectados en este rubro.

La siguiente variable analizada es la referente al **control de la Diabetes Mellitus** de la que se obtuvieron los siguientes resultados: los hombres representan el 26.31% y las mujeres el 24.91% que corresponden al total de la media de representa el 25.50%. Esto determina que es el sexo masculino quienes manifiestan mejores controles de la enfermedad, respecto al sexo femenino. La mediana es de 18.75%, con una moda de 18.10% y una desviación estándar de ± 18.369, con un rango total de 75, del cual, el valor mínimo es de 1.40 y el máximo de 76.40. Percentil 25 de 12,50 y percentil 75 de 34.70.Se concluye que este aspecto se ve afectado respecto a la calidad de vida.

En cuanto a la **carga social** se obtuvieron los siguientes resultados: media de 23.71% que corresponde al 100%, de los cuales 24.7% representa al sexo masculino y 22.97% al sexo femenino. Lo que indica que los hombres se ven afectados socialmente debido a la enfermedad.

Los resultados obtenidos para el **funcionamiento sexual** son los siguientes: media de 33.33% que representa al 100% de la muestra, se encuentra distribuida de la siguiente manera: hombres con un 38.40% y mujeres con un 29.59%, lo que significa que es el sexo masculino quienes se ven afectados severamente en este aspecto, lo que repercute severamente en la calidad de vida de estos pacientes, a

diferencia de las mujeres que se ven afectadas en menor grado. Respecto a la mediana obtuvimos un porcentaje de 27.80% y una moda de 16.70%. La desviación estándar de ± 27.27 y un rango de 100 con un mínimo de 0 y un máximo de 100, el resultado para el percentil 25 es de 16.70 y el de la percentil 75 es de 44.40.

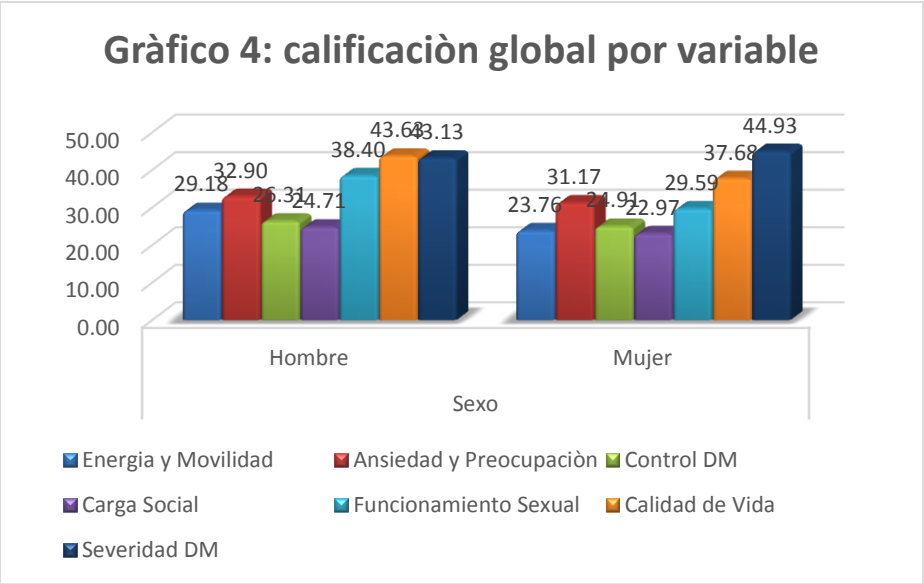
La ultima variable analizada fue la **severidad de la Diabetes Mellitus** cuyos resultados fueron los siguientes: la media fue de 44.16%, que equivale al 100% de los que completaron el estudio, de ellos el 43.13% corresponde a los hombres y el 44.93% pertenece a las mujeres, por lo que se concluye, que en este rubro es el sexo femenino quienes se ven afectadas severamente por la enfermedad. La mediana fue de 50.0% y moda de 33.30%, con una desviación estándar de ± 25.17 y un rango total de 100 con un mínimo de 0 y valor máximo de 100, percentil 25 se encuentra entre 33.30 y percentil 75 de 66.70.

Los resultados anteriormente descritos se muestran en la siguiente tabla y gráfico:

Tabla 4: ESTADÍSTICOS POR VARIABLE DEL CUESTIONARIO DM39 PARA CALIDAD DE VIDA

		Energía y Movilidad	Ansiedad y Preocupación	Control DM	Carga Social	Funcionamiento Sexual	Calidad de Vida	Severidad DM
N	Válido	80	80	80	80	80	80	80
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		26.0638	31.9063	25.5063	23.7100	33.3350	40.2063	44.1638
Mediana		20.0000	27.1000	18.7500	16.7000	27.8000	33.3000	50.0000
Moda		16.70	12.50[a]	18.10	16.70	16.70	33.30	33.30
Desviación estándar		18.53656	22.62763	18.36971	22.65817	23.27646	23.07149	25.17299
Rango		78.90	87.50	75.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Mínimo		1.10	0.00	1.40	0.00	0.00	0.00	0.00
Máximo		80.00	87.50	76.40	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	13.5750	12.5000	12.5000	10.0000	16.7000	33.3000	33.3000
	75	37.8000	50.0000	34.7000	30.0000	44.4000	50.0000	66.7000

Fuente: cédula de recolección de datos por variable estudiada, obtenidos de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.



Fuente: cédula de recolección de datos por variable estudiada, obtenidos de pacientes con DM2, basada en la encuesta realizada a pacientes adscritos al programa DiabetIMSS de la UMF 25.

ANÁLISIS BIVARIADO:

Se observó que en análisis bivariado en relación a la calidad de vida con el sexo, no se obtuvo una significancia asintótica, ya que el valor reportado de chi cuadrada fue de P = .674, por lo que el sexo no es un determinante para valorar la calidad de vida, como no afectada en lo absoluto o severamente afectada. El resultado puede verse en las tablas 6 y 7.

Tabla cruzada 6: calidad de vida * sexo

Recuento

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Calidad de Vida	.00	2	4	6
	16.70	3	9	12
	33.30	12	16	28
	50.00	10	10	20
	50.30	1	0	1
	66.70	3	3	6
	83.30	1	3	4
	100.00	2	1	3
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

Tabla 7: calidad de vida * sexo Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.881[a]	7	.674
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado respecto a la energía y movilidad con la calidad de vida, no se encontró significancia asintótica en relación al valor obtenido de chi cuadrada, la P obtenida fue la siguiente: .421, por lo que en los pacientes encuestados con DM2 esto no condiciona un factor para determinar si su calidad de vida no se encuentra afectada en lo absoluto o si se afecta severamente. Los resultados obtenidos pueden observarse en lastablas 8 y 9.

Tabla cruzada 8: energía y movilidad* calidad de vida				
Recuento				
		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Energía y Movilidad	1.10	0	1	1
	2.20	0	1	1
	3.00	1	0	1
	4.40	1	0	1
	5.60	1	0	1
	6.00	0	1	1
	6.70	0	1	1
	7.80	1	2	3
	10.00	0	1	1
	11.10	0	1	1
	12.20	0	4	4
	12.50	0	1	1
	13.30	1	2	3
	14.40	2	0	2
	15.60	1	3	4
	16.70	1	5	6
	17.80	2	1	3

	18.90	3	1	4
	20.00	1	3	4
	21.10	1	2	3
	23.30	1	1	2
	24.40	1	3	4
	25.60	0	2	2
	27.80	1	0	1
	28.90	1	1	2
	30.00	2	0	2
	37.80	3	1	4
	38.90	1	0	1
	41.10	1	0	1
	43.30	1	1	2
	45.60	1	1	2
	46.70	1	0	1
	47.80	0	1	1
	51.10	0	1	1
	58.90	1	0	1
	62.20	1	0	1
	64.40	0	1	1
	67.80	0	1	1
	68.90	0	1	1
	70.00	1	0	1
	78.90	1	0	1
	80.00	0	1	1
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

Tabla 9: energía y movilidad * calidad de vida. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42.148[a]	41	.421
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado con respecto a la ansiedad y preocupación con la calidad de vida, encontramos que tampoco existe una significancia asintótica, ya que el valor de chi cuadrada obtenido para este análisis fue de .671, por lo que tampoco esto es un factor determinante para que la calidad de vida se vea o no afectada en los pacientes diabéticos. Los resultados pueden consultarse en las tablas 10 y 11.

Tabla cruzada 10: ansiedad y preocupación * calidad de vida

Recuento

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Ansiedad y Preocupación	.00	3	2	5
	1.70	1	0	1
	4.20	0	2	2
	5.00	0	1	1
	8.30	1	3	4
	12.50	4	4	8
	16.70	3	1	4
	20.80	2	6	8
	25.00	2	5	7
	29.20	4	4	8
	33.30	1	3	4
	37.50	0	2	2
	41.70	1	1	2
	45.80	0	2	2
	50.00	4	2	6
	54.20	2	1	3
	58.30	2	1	3
	62.50	1	1	2
	70.80	1	2	3
	79.20	1	3	4
	87.50	1	0	1
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS

Tabla 11: ansiedad y preocupación * calidad de vida. Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.729[a]	20	.671
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado con respecto al control de la diabetes mellitus con la calidad de vida, encontramos que no hay relevancia en cuanto a la significancia asintótica, ya que el valor de chi cuadrada obtenido para este análisis fue de .458. lo que sugiere que la calidad de vida en estos pacientes no es un determinante para saber si se ve afectada severamente o nada en estos pacientes. El resultado obtenido puede observarse en la tabla siguiente: (tablas 12 y 13).

Tabla cruzada 12: control de la DM2 * calidad de vida				
Recuento				
		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Control DM	1.40	1	0	1
	2.80	0	1	1
	4.20	0	1	1
	5.60	1	1	2
	6.90	0	2	2
	8.30	1	2	3
	9.70	1	3	4
	11.10	2	1	3
	12.50	2	2	4
	13.90	1	3	4
	15.30	1	3	4
	16.70	3	2	5
	18.10	2	4	6
	19.40	1	3	4
	20.80	1	0	1
	22.20	1	2	3

	23.60	5	0	5
	25.00	0	1	1
	26.40	0	2	2
	29.20	1	0	1
	30.60	0	1	1
	34.70	1	2	3
	36.10	1	0	1
	37.50	0	1	1
	40.30	1	0	1
	41.70	1	0	1
	43.10	0	1	1
	47.20	0	1	1
	48.60	1	1	2
	50.00	0	1	1
	51.40	1	0	1
	54.20	2	0	2
	58.30	0	1	1
	61.10	1	0	1
	62.50	0	1	1
	68.10	0	1	1
	72.20	0	1	1
	75.00	1	0	1
	76.40	0	1	1
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS

Tabla 13: control de la DM2 * calidad de vida. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38.261[a]	38	0.458
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado con respecto a la carga social con la calidad de vida, encontramos que no hay relevancia en cuanto a la significancia asintótica, ya que el valor de chi cuadrada obtenido para este análisis fue de .436. El resultado obtenido puede observarse en las tablas 14 y 15:

Tabla cruzada 14: carga social * calidad de vida

Recuento

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Carga Social	.00	4	4	8
	3.30	2	1	3
	6.70	0	6	6
	10.00	5	4	9
	13.30	2	5	7
	16.70	4	7	11
	20.00	3	4	7
	23.30	3	3	6
	26.70	0	1	1
	30.00	1	2	3
	33.30	1	2	3
	36.70	0	1	1
	40.00	3	0	3
	46.70	2	1	3
	56.70	1	0	1
	60.00	0	1	1
	66.70	1	0	1
	70.00	1	1	2
	73.30	0	1	1
	90.00	1	0	1
	100.00	0	2	2
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS

Tabla 15: carga social * calidad de vida Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	20.349[a]	20	0.436
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado respecto al funcionamiento sexual con la calidad de vida, no se encontró significancia asintótica en relación al valor obtenido de chi cuadrada, la cual dio como resultado lo siguiente: .098, lo que tampoco condiciona un factor determinante para la afectación de la calidad de vida de estos pacientes. Los resultados obtenidos pueden observarse en las tablas 16 y 17.

Tabla cruzada 16: funcionamiento sexual * calidad de vida

Recuento

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Funcionamiento Sexual	.00	0	4	4
	5.60	0	2	2
	5.70	0	1	1
	11.10	0	5	5
	16.70	10	4	14
	22.20	1	6	7
	27.80	4	6	10
	33.30	4	7	11
	38.90	2	3	5
	44.40	3	1	4
	50.00	3	2	5
	55.60	1	0	1
	61.10	2	0	2
	72.20	1	1	2
	77.80	1	0	1
	83.30	1	2	3
	88.90	0	1	1
	100.00	1	1	2
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

Tabla 17: funcionamiento sexual * calidad de vida Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24.854[a]	17	0.098
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

En el análisis bivariado respecto a la severidad de la diabetes mellitus tipo 2 con la calidad de vida, no se encontró significancia asintótica en relación al valor obtenido de chi cuadrada, la cual dio como resultado lo siguiente: .794, los resultados obtenidos pueden observarse en las tablas 18 y 19.

Tabla cruzada 18: severidad de la DM2 * calidad de vida				
Recuento				
		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Severidad DM	.00	4	3	7
	16.70	2	7	9
	33.30	10	13	23
	50.00	10	10	20
	66.70	5	7	12
	83.30	2	3	5
	100.00	1	3	4
Total		34	46	80

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

Tabla 19: severidad de la DM 2 * calidad de vida Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)

Chi-cuadrado de Pearson	3.115[a]	6	0.794
N de casos válidos	80		

Fuente: encuesta aplicada a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa DiabetIMSS.

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica degenerativa que afecta la calidad de vida (CV) de las personas que la padecen. El tratamiento y manejo de la Diabetes Mellitus no solo depende del paciente, si no que el apego al mismo depende también del apoyo de los familiares. Un ambiente familiar equilibrado, puede contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.Sin embargo se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la calidad de vida de las personas.

En lo que respecta a las variables estudiadas, se encontró que en el funcionamiento físico en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos de Norteamérica (USA), señalan que las personas con diabetes experimentan una pobre CV, con respecto a individuos saludables, el área más afectada ha sido el rol de funcionamiento físico. Así mismo son las mujeres y las personas de edad mayor, que viven solas, sin seguridad social, y bajo ingreso económico, quienes describen la más baja calidad de vida (26). En nuestro estudio se encontró que en cuanto a la energía y movilidad (funcionamiento físico) se obtuvo que los hombres se encuentran más afectados, representando el 29.18% a diferencia de las mujeres que ocupan el 23.76%. En esta comparativa encontramos una variabilidad en cuanto al género afectado.

Este estudio se enfocó en el análisis de la calidad de vida de los pacientes diabéticos que se encuentran adscritos al programa DiabetIMSS, el cual se implementó en una unidad de primer nivel del IMSS, en donde el médico familiar tiene limitaciones para realizar actividades educativas en función de sus demandas de tiempo en la consulta externa, radicando ahí, la importancia de la intervención de este programa ya que brinda la posibilidad de poder educar al paciente diabético en un ambiente, en el cual no se encuentra el factor limitante del tiempo y en el que los pacientes son ayudados por un equipo multidisciplinario.

Se llevó a cabo un estudio en el hospital regional de Puebla que valoró la calidad de vida en pacientes diabéticos, la escala utilizada fue el Diabetes Quality of Life (DQOL),el cual fue aplicado a 102 pacientes con un rango de edad entre 31 a 72

años, que acudieron a la consulta externa en el Hospital Militar Regional de Puebla. Las cinco dimensiones que evalúa esta escala son las siguientes (27):

a) Satisfacción con el tratamiento. b) Impacto del tratamiento. c) Preocupación acerca de los efectos futuros de la diabetes. d) Preocupación por aspectos sociales y vocacionales. e) Bienestar en general.

Los resultados obtenidos de dicha escala fueron los siguientes: El promedio de edad de la población fue de 58 años ± 10.8 años. En comparación con nuestro estudio realizado en la UMF 25 con pacientes adscritos al programa Diabetimss encontramos que los pacientes comprendidos entre 50 a 60 años de edadson los más afectados. Por los que el instrumento utilizado DM39 vs DQOL presentan una similitud en cuanto al rango de edad afectado.

En otro estudio denominado evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL, reporta que en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad fue en promedio de 7.3± 6.3 años (rango de 1 a 25 años) en el que prácticamente la mitad de los pacientes presentaban alguna complicación medica por la enfermedad (28). En comparación con nuestro estudio, obtuvimos que el tiempo de evolución de la enfermedad se encuentra un rango entre los 11 a 20 años con alguna complicación propia de la enfermedad.

En el mismo estudio se reportaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la calidad de vida, en relación a si llevaban o no un plan de alimentación para el tratamiento de la enfermedad. Reportando una menor calidad de vida en comparación con los que no lo hacían: 92.60 ± 25.89 vs. 95.04 ± 15.58; p= .041.A diferencia de nuestro estudio, encontramos que la calidad de vida del 100% de la población estudiada, el 40.2% representa una calidad de vida afectada.

Del 100% de los participantes en el estudio, se obtuvo que 43.6% corresponde al sexo masculino y 37.6% al sexo femenino, lo que concluye, que son los hombres, quienes mayormente perciben menor calidad de vida en comparación con las

mujeres. Así pues, en el cuestionario DQOL la correlación se espera que la depresión y la ansiedad se encuentren relacionadas con el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas en general, y con la Diabetes Mellitus en lo particular; y debía ser moderada (y no alta) en virtud de que los constructos «ansiedad» y «depresión». Sin embargo en este estudio realizado en pacientes adscritos al programa Diabetimss se obtuvo que en cuanto al rubro ansiedad y preocupación el 32.9% corresponde al sexo masculino y 31.1% al sexo femenino, por lo tanto son los hombres quienes resultan más afectados por esta enfermedad.

Es necesario señalar que los resultados obtenidos de esta investigación son solamente de pacientes diabéticos de la UMF 25 adscritos al programa Diabetimss, con un total de 80 pacientes que decidieron participar en el presente estudio. De nuestros resultados se desprende información que puede utilizarse en beneficio de nuestros usuarios y sobre todo por nuestro equipo multidisciplinario que participa en el control de estos pacientes. Ya que puede ser la base para seguir empleando acciones para control de los pacientes con Diabetes Mellitus y con esto mejorar la calidad de vida de los mismos, incluyendo a sus familias para lograr llevar a cabo cada una de las acciones que este programa tiene como finalidad.

Algunas limitaciones de este estudio son que los pacientes se seleccionaron de una sola unidad de medicina familiar y únicamente entre quienes acuden al programa DIABETIMSS, lo cual puede ocasionar un sesgo de selección; la población participante estuvo formada por pacientes que saben leer, escribir y son capaces de comprender el instrumento (lo cual es un requisito para la aplicación de instrumentos de autoadministración).

Otro factor por considerar es que el estudio fue de tipo transversal, no experimental, no probabilístico, aleatorio por conveniencia, lo que impide efectuar inferencias causales, por lo que se requieren nuevos estudios longitudinales para corroborar los hallazgos encontrados, así como para definir la sensibilidad al cambio del instrumento Diabetes 39 que permita identificar modificaciones en la

calidad de vida en estos pacientes, sea por la evolución propia del padecimiento o bien como resultado de maniobras específicas de intervención.

Los resultados obtenidos permiten concluir que la versión en español del instrumento Diabetes 39, adaptada en este trabajo, tiene validez y consistencia adecuada para medir la calidad de vida en los pacientes mexicanos con DM-2 que tengan características similares a los incluidos en la presente investigación.

CONCLUSIÓN

Los programas educativos para pacientes diabéticos que existen hoy en día, han demostrado que han generado un impacto importante a favor del control metabólico de estos pacientes, principalmente de los niveles de glucosa medidos en sangre, lo cual fue corroborado en una unidad de medicina familiar. Con el presente estudio se demostró que el programa DIABETIMSS ha sido eficaz para lograr el control en cuanto a los niveles de glucosa en los pacientes pertenecientes a este programa, siendo más significativo en pacientes con una evolución entre 20 y más años del diagnóstico, seguidos por el grupo de reciente diagnóstico comprendido entre primero al quinto año.

Al ser este un programa en el que se reclutan pacientes con características similares en cuanto a su padecimiento de base, favorece a que el paciente con DM2 se comprometa con su enfermedad, logrando un cambio en su estilo de vida, con la finalidad de modificar todos aquellos factores de riesgo identificados por el paciente, con el objetivo de prolongar el mayor tiempo posible la aparición de las complicaciones a largo plazo propias de esta enfermedad.

Sin embargo es importante mencionar, que existen muchos pacientes diabéticos, los cuales no se ven beneficiados por un programa educativo multidisciplinario, como lo es DIABETIMSS, lo que fomenta un reto para los médicos familiares de primer nivel de atención, ya que con esto hay mayor riesgo de aumentar el número de complicaciones en este tipo de pacientes, por la dificultad que presentan debido a la problemática de poder alcanzar las metas de control metabólico en estos pacientes.

Partiendo del principio en el cual, la promoción a la salud de las enfermedades cronicodegenerativas, son sumamente importantes para preservar una vida saludable para preservar la salud de los individuos, es de gran importancia seguir fortaleciendo los programas multidisciplinarios, como el programa DiabetIMSS, para sí poder lograr un impacto significativo en el paciente diabético y con ello mejorar la calidad de vida de todos aquellos que padecen de esta común enfermedad.

PROPUESTAS

- Promover la pesquisa oportuna de DM2, para derivar al programa DIABETIMSS en etapas tempranas de la enfermedad.

- Se sugiere insistir en el fortalecimiento de todos aquellos programas educativos, como DIABETIMSS, contribuyendo en el apoyo para los criterios de ingreso a este programa.
- Una de las propuestas interesantes, es la agrupación de un equipo multidisciplinario, que este comprometido con el manejo de todos aquellos pacientes diabéticos que padezcan complicaciones propias de la enfermedad, ya sean micro o macrovasculares, promoviendo principalmente los cambios en el estilo de vida, de forma individualizada y/o personalizada, siempre y cuando se cubran las necesidades de estos pacientes, y así con esto obtener un mayor impacto en el control de su calidad de vida, con el objetivo de mejorarla.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Chiquete E, Nuño González P, Panduro A. Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. Investigación en Salud, vol. lll, núm. 99, marzo, 2001, pp. 5-10 Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México

2.- García Gómez JL, Alegre de la Rosa OM. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: [tesis doctoral en internet]. El caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. [Citado 20 Abril]. Curso 2005/06. 33-36p. Recuperado a partir de http://www.iqb.es/D_Mellitus/Historia/historia03.htm

3.- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Noviembre 2016. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

4.- Caballero Perales BJ, Soto Cáceres V, López Vega R. Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a salud en pacientes con diabetes mellitus tipo II. Chiclayo – Perú. 2016. Recuperado a partir de: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

5.- CENETEC. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-718-14. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 08/07/2014. [Citado 20 abril]. Recuperado a partir de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html.

6.- Arnold Rodríguez M; Arnold Domínguez Y; Alfonso Hernández Y; Villar Guerra C; González Calero, T. Pesquisaje y prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en población de riesgo. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 50, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 380-391. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

7.- Hernández Ávila M, Gutiérrez JP, Reynoso Noverón N. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. Articulo original. Salud Pública México 2013; 55 supl 2: S129-S136

8.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Resultados por entidad federativa, Chiapas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. [Citado 16 agosto]. Recuperado a partir de: encuestas.insp.mx.

9.- De los Ríos Castillo, J, Barrios Santiago P, Ávila Rojas. T. Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. Rev Med Hosp Gen México 2005; 68 (3): 142-154

10.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Chiapas. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx

11.- García Gómez JL, Alegre de la Rosa OM. Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1: el caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife. Curso 2005/06. 33-36p.

12.-Caballero Perales BJ, Soto Cáceres V, López Vega R. Factores asociados a bajo nivel de calidad de vida relacionado a salud en pacientes con diabetes metilluts tipo II. [Tesis en internet]: Universidad de San Martin de Porres; 2016 [citado 10 de Abril]. Recuperado a partir de http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

13.- Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas. Seventh Edition 2015. Recuperado a partir de: http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes.

14.-Pichardo Hernández, J, Elizaldi Lozano, N. Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos de una unidad de medicina familiar. Articulo original. 2015; 22(4):108-110

15. - Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Original Article. Diabetes Care 27:1047–1053, 2004.

16. - Miyar Otero L, Lúcia Zanetti M, Daguano Ogrizio M. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. Rev Latino-am Enfermagem 2008 marzo-abril; 16(2):231-7.

17.- IMSS. Programa institucional de atención al paciente diabético. Manual del aplicador del módulo diabetimss. Julio 2009. México.

18. - William T. Cefalu, MD. Standards of Medical Care in Diabetes—2016. Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education. Diabetes Care 2016; 39(Suppl. 1): S1–S2 | DOI: 10.2337/dc16-S001. Volume 39, Supplement 1, January 2016

19.- León-Mazón M, Araujo-Mendoza GJ, Linos-Vázquez Z. DiabetIMSS eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 51(1):74-9

20.- Arizmendi R, Arcila D, Patiño E. Calidad de vida y diabetes. Psiquiatría CAIPaDi. Boletín CAIPaDi. Centro de atención integral del paciente con diabetes. Septiembre 2015.

21.- Alfonso Urzúa M, Caqueo Urízar, A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Terapia Psicológica [en línea]. Red de Rev científicas de América latina, Caribe, España y Portugal. 2012, 30 (Sin mes) 2012, Vol. 30, Nº 1, 61-71.

22.- Maldonado, C, E. Calidad de vida. Enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, ISBN 958-701-444-8, coautor; capítulo: “¿Es posible hablar de evolución o de progreso de la calidad de la vida?”, págs. 29-40, 2004

23.- Salazar Estrada J, Gutiérrez Strauss A, Aranda Beltrán C, González Baltazar R, Pando Moreno M. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en

centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). Artículo original. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2012; 28 (2): 264-275

24.- López-Carmona J, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Artículo original. Salud Pública Mex 2006; 48:200-211.

25.- Burgos Guerrero G, Márquez Celedonio FG, Islas Rus FG. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 [trabajo final de grado]: universidad veracruzana. Departamento de estudios de posgrado. Unidad de Medicina Familiar n. 61. Veracruz. 2012. 5-6p

26.- Cárdenas-Villarreal V, Pedraza-Laredo C, Lerma-Cuevas R. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Artículo de investigación. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey México. Julio- Septiembre 2005. Vol. III, numero 003: 351-357p.

27.- Miranda-Nava G, Villegas-Aguirre E, Plata-Rendón F. Calidad de vida en pacientes diabéticos a través del uso de la escala DQOL. Hospital Militar Regional de Puebla, 2012. Artículo de investigación. An Med (Mex) 2013; 62(3). Vol 02, numero 3: 172-174p,

ANEXOS

ANEXO 1

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

Nombre del estudio:	**Calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa diabetimss de la unidad de medicina familiar N°25.**
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Tuxtla Gutiérrez Chiapas, Periodo de 01 de Enero de 2018 a 31 de Octubre de 2018.
Número de registro:	R2018 30 06 07
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de afectación que los pacientes diabéticos tienen sobre su calidad de vida, para ser abordados de una forma integral en la consulta externa de Medicina Familiar.
Procedimientos:	Se realizará a través de una encuesta de recolección de datos.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos al programa diabetimss de la unidad de medicina familiar n. 25.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si, se cuenta con el servicio de consulta externa de medicina familiar y el módulo de diabetimss para derivar al paciente que lo amerite.
Participación o retiro:	He aclarado todas mis dudas y mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y soy libre de no tomar parte en el estudio o retirarme en cualquier momento sin afectar la atención médica que se brinde.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos son confidenciales, para fines científicos y sin lucro, utilizados únicamente para fines de investigación y publicación.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza 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.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se dispone del servicio de consulta externa y el módulo de diabetimss como alternativa de tratamiento.
Beneficios al término del estudio:	Una atención más oportuna en esta entidad en pacientes futuros

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dr. Jorge Manuel Alegría Sánchez. Dra. Rocío Alejandra Martínez Cruz
Colaboradores:	Dra. Alba Janeth Camacho Sánchez R1MF

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	Dra. Alba Janeth Camacho Sánchez R1MF Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 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

Clave: 2810-009-013

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

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

Edad: sexo: tiempo de evolución de DM2 en años:

Control de la Diabetes Mellitus: nivel de la última glucosa:_____

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 lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

2.- Preocupaciones por problemas económicos

Nada afectada en lo absoluto sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

3.-Limitación en su nivel de energía

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

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

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

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

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

6.- Estar preocupado (a) por su futuro

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

7.- Otros problemas de salud a parte de la diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

8.- Tensiones o presiones en su vida

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

9.- Sensación de debilidad

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

10.- Restricciones sobre la distancia que puede caminar

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

11.- Los ejercicios diarios que ha de ser por su diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

12.- Visión borrosa o pérdida de la visión

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

13.- No poder hacer lo que quisiera

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

14.- Tener diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

15.- El descontrol de su azúcar en sangre

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

16.- Otras enfermedades aparte de la diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

17.- Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

18.- El tiempo requerido para controlar su diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

19.- Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

20.- La vergüenza producida por tener diabetes

Nada afectada en absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

21.- La interferencia de la diabetes en su vida sexual

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

22.- Sentirse triste o deprimido

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

23.- Problemas con respecto a su capacidad sexual

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

24.- Tener bien controlada su diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

25.- Complicaciones debidas a su diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

26.- Hacer cosas que su familia y amigos no hacen

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

27.- Tener que anotar sus niveles de azúcar en sangre

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

28.- La necesidad de tener que comer a intervalos regulares

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

29.- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

30.- Menor interés en su vida sexual

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

31.- Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

32.- Tener que descansar a menudo

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

33.- Problemas al subir escaleras

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

34.- Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

35.- Tener el sueño intranquilo

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

36.- Andar más despacio que otras personas

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

37.- Ser identificado como diabético

Nada afectado en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

38.- Interferencia de la diabetes con su vida familiar

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

1	2	3	4	5	6	7

39.- La diabetes en general

Nada afectada en lo absoluto Sumamente afectada

CALIFICACION GLOBAL

1.-Marque por favor con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida

Mínima calidad Máxima calidad

1	2	3	4	5	6	7

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

Ninguna gravedad Extremadamente grave

1	2	3	4	5	6	7

GRACIAS POR SUS RESPUESTAS.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																				
ACTIVIDAD	2017									2018											
	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT-NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Planteamiento del problema	X																				
Elaboración del marco teórico		X	X																		
Revisión bibliográfica y protocolo			X	X	X	X	X	X													
Revisión del protocolo por el comité local del C.L.I.									X												
Aplicación de encuesta										X	X										
Recolección de datos												X	X	X							
Tabulación de resultados															X	X	X				
Análisis de datos																		X	X		
Presentación de resultados																				X	X