

***ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN DIABÉTICOS CON Y SIN  
PROGRAMAS DE AUTOAYUDA***

**Institución participante:**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
Unidad de Medicina Familiar No. 66

**Investigador Principal**  
**Dr. Eleazer Sebastián González Santos**  
Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar  
Domicilio Arquitectos #233 Col. Unidad Magisterial  
C.P. 91010, Xalapa, Veracruz  
Cel. 2288262082 e – mail: eleazersebastian@hotmail.com

**Asesor metodológico**  
**Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza**  
Especialista en Medicina Familiar, adscrita a la Unidad  
De medicina Familiar No. 66 del IMSS, Xalapa, Ver.  
Cel 2281857504 Mail: balkis.cruz@imss.gob.mx

**Asesor estadístico**  
Lic. Estadística Héctor Guadalupe González Contreras

Xalapa, Veracruz; 31 de Enero 2014

## **Antecedentes**

La Diabetes Mellitus (DM) se considera un grupo de enfermedades metabólicas que se caracterizan por el aumento de glucosa sérica, debidos a defectos en la secreción o en la acción de la insulina. La Asociación Americana de la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés) ha catalogado esta enfermedad en varios rubros: DM tipo 1, DM tipo 2, otros tipos específicos de DM, Diabetes gestacional e incluye otros términos tales como intolerancia a la glucosa y glucemia en ayunas alterada. (1)

Se considera a la DM tipo 1 en la cual hay un déficit total de secreción de insulina; en este rubro pueden ser identificados pacientes que presenten un proceso autoinmune que afecte la dinámica pancreática, lesionando los islotes pancreáticos. Se divide en 2 subcategorías, idiopática y autoinmune. Generalmente esta presentación se detecta a tempranas edades. La idiopática no es muy común, esta entidad no se asocia a autoinmunidad o al sistema HLA, pero se presenta con insulopenia permanente, con aparición episódica de cetoacidosis. La más frecuente de la variedad DM tipo 1 es la inmunomediada, la cual afecta y destruye las células B pancreáticas, y puede ser detectada a partir de marcadores serológicos. (2)(3)

La DM tipo 2 es ocasionada por una deficiencia relativa en la secreción de insulina en comparación con los requerimientos del paciente, así como la presencia de resistencia del cuerpo a la acción de la misma en los tejidos. En esta primera etapa el paciente se muestra asintomático, a diferencia de la tipo 1, la cual su progresión e instauración es rápida. (3)

Esta entidad es la que mayormente se observa, generalmente los factores de riesgo asociados son pacientes con sobrepeso/obesidad, con predisposición poligénica así como el estilo de vida que en la sociedad actualmente predomina, como el sedentarismo y la mala calidad de la alimentación, así como el

envejecimiento de la población. Esta es la forma más frecuente de la DM, y de la cual la afectación multiorgánica es severa debido a la instauración insidiosa que ocasiona al paciente buscar tratamiento cuando la enfermedad se encuentra en un estado agravante.

En la categoría de otros tipos específicos de DM, se incluyen pacientes con defectos genéticos, otras formas llamadas MODY (maturity onset diabetes of the young: diabetes de inicio en la madurez de los jóvenes, por sus siglas en inglés) y desencadenantes tales como defectos y patología pancreáticas, endocrinopatías, toxicidad y fármacos, agentes infecciosos y otras enfermedades tales como síndrome de Down, Klinefelter, Turner, enfermedad de Stiff-man y lipoatrofias.(4)

En el caso de la Diabetes Gestacional se observa una alteración en el equilibrio de la glucemia por la intolerancia a los carbohidratos, que inicia o se reconoce durante el embarazo, tiene diversos grados de severidad, y que se puede o no resolver posterior al término de este.(5)

Los factores de riesgo para Diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular son similares, entre éstos son la obesidad central, resistencia a la insulina, hiperglucemia, dislipoproteinemia y la hipertensión. Estas condiciones pueden aparecer de forma aislada o pueden exacerbarse por la inactividad física y fumar. Tienen un fondo familiar y aumentan con la edad.

Pero, ¿cuál es la importancia de la DM en el mundo? La OMS estima que existen alrededor de 347 millones de personas con esta enfermedad; en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas debido a las secuelas de la hiperglucemia, y alrededor del 80% son de países subdesarrollados.(6)

Se considera un problema de salud pública a nivel mundial el aumento de las personas afectadas por DM2 se debe a varios factores:

- El crecimiento de la población

- El envejecimiento de la población, la diabetes es más común en personas mayores; sin embargo debido a diferencias demográficas, en países ricos la diabetes predomina arriba de los 60 años y en países en vías de desarrollo la edad esta entre los 40 y 60 años.
- La urbanización, asociada a cambios alimentarios y de un estilo de vida más sedentario.
- La epidemia de obesidad, derivada de mayor prosperidad y reducción de la actividad física.

La Organización Mundial de la Salud reporta en enero de 2011 que:

- Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.
- Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres.
- La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.
- La alimentación saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar la aparición.

La Federación Internacional de la Diabetes (IDF por su siglas en inglés) estima que en América Central y del Sur existen alrededor de 25.1 millones de personas (8.7% de la población adulta) padecen diabetes. La IDF indica que seguir la tendencia actual para los próximos 20 años esta cifra aumentara hasta un 60% más, es decir, llegando a los 40 millones de personas. De los países sudamericanos los más afectados son (en orden decreciente) Brasil con 12.4 millones, después sigue Colombia, Venezuela y Argentina.

Lamentablemente, en 2011 el 12.3% de las defunciones en esta región (227 000 muerte) fueron debidas a diabetes en los adultos, de estas más del 58% fueron en personas mayores de 60 años, siendo nuevamente Brasil quien tuvo

mayor cantidad de defunciones por esta causa (121 000). La diabetes es una de las principales causas de enfermedad y muerte prematuras en la mayoría de los países.

El impacto también reside en la economía global. En esta región del mundo se estimó un gasto de 20 800 millones de dólares para la atención de este padecimiento (lo que representa un 4.5% del total mundial). El 13% del gasto a los servicios de salud son utilizados para la atención de la diabetes en adultos de entre 20 y 79 años de edad. (7)

En México la situación no es mejor; debido a las condiciones sociales como las características heredofamiliares de la población mexicana, el pronóstico no es muy favorable para aquellos que ya presentan la enfermedad. En nuestro país el 3% de los egresos hospitalarios son debido a DM, con un gasto de alrededor de 100 millones de dólares al año. El rubro más afectado son las mujeres, con un 53.3% de egresos mientras que varones solo fue de 46.7%; y en relación a la edad la población más afectada se encuentra entre los 50 y 69 años de edad, representando un 50% del total.

Esto aunado también a que la familia implica una crisis que debe afrontar tanto emocional, económico y social; las atenciones y el cuidado que involucra el manejo de un familiar con DM además aunado a ellos con alguna discapacidad motora, visual o lesión orgánica como falla renal que requiera un tratamiento de costes elevados como en el caso de la diálisis.

Por ese motivo en México se han diseñado varios programas y campañas para concientización y control de los hábitos nocivos para eliminar o disminuir los factores de riesgo de aparición de la DM, tales como sedentarismo, falta de actividad física, hábitos alimenticios inadecuados. En razón del Día Mundial de la Diabetes la OMS inicia el eslogan de "Entienda su diabetes y tome el control" para que personal de Salud y pacientes logren tener comunicación directa y que estos

últimos conozcan las complicaciones que surgen con esta enfermedad y que ellos mismo se responsabilicen del manejo directo.(8)

¿El porqué de estas medidas? Porque en nuestro país la prevalencia de la diabetes es de 8 de cada 100 personas mayores de 20 años, y esta cifra va aumentando directamente proporcional a la edad, ya que después de los 50 años esto supera 20 de cada 100; esto se denota en los resultados de la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, donde muestran que el sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a un 70% de la población entre los 30 y 65 años, la prevalencia de Diabetes por diagnóstico médico previo y de hallazgo de la encuesta en las personas adultas a nivel nacional fue de 14.42%, la prevalencia de hipertensión arterial fue de 30.8% y la prevalencia general de hipercolesterolemia fue de 26.5%, con 28.8% en las mujeres y 22.7% en los hombres. (8)(9)

A su vez eso se ve reflejado en la atención hospitalaria, en nuestro sistema nacional de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende el 47.2% de los egresos hospitalarios relacionados con la DM, y siguiendo muy de cerca la Secretaría de Salud (SSA) con el 35.9%, es decir, más del 83% son atendidos por estas 2 instituciones de salud, datos de importancia por el costo que les implica, los cuales se pueden disminuir significativamente con la prevención y el buen manejo y control de los pacientes ya diagnosticados.

En México, las condiciones actuales de vida, económicas y sociales, han dado pauta a una gran epidemia de personas que padecen diabetes mellitus. Esto requiere especial atención ya que tienen afectación en factores psicológicos y biomédicos; tanto la cronicidad y el amplio espectro invasivo de la enfermedad, debido a las secuelas y a los numerosos síntomas de la enfermedad acarrear un deterioro gradual, pero de alto impacto en el bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen.

El reflejo se observa en la tasa de mortalidad observada en los últimos años. Las defunciones por DM en 2008 son de 70.9 por cada 100 mil habitantes. Siendo los estados de Distrito Federal (99), Coahuila (87.4), Morelos (84.3), Guanajuato (82.9), Michoacán (80.4) y Veracruz (78.4) los que se encuentran en los primeros lugares del país.

En lo que atañe al Estado de Veracruz, en el periodo de 2000 al 2009, se registró la mayor tasa de mortalidad por DM, la cual corresponde al año 2008, con una tasa de 77.42, seguida del 2007 con una tasa de 73.40 y para el 2009 representa una tasa del 71.66. Se observa que desde el año 2006 a la fecha el número de casos de defunción por este padecimiento se encuentra en aumento no solo en el estado de Veracruz sino en todo el mundo.

La enfermedad cardiovascular, resultado de las lesiones de los grandes vasos sanguíneos, causa la muerte del 50% o más de las personas con diabetes, dependiendo de la población. Las lesiones de los pequeños vasos sanguíneos (enfermedad microvascular) pueden afectar a muchas partes del organismo.(10)

En nuestro estado por Jurisdicción sanitaria se observaron una alarmante cantidad de casos nuevos de DM reportados en el 2011, en la Jurisdicción de Pánuco con 1551, Tuxpan 1471, Poza Rica 1712, Martínez de la Torre con 1955, Xalapa 3806, Córdoba 2968, Orizaba 2246, Veracruz 4035, Cosamaloapan 1933, San Andrés Tuxtla 2637 y Coatzacoalcos con 3224 resultado a nivel de todo el estado con 27,538 casos nuevos.

En el marco del 14 de noviembre pasado, se dio a conocer que en Xalapa el 5% de su población sufre de algún tipo de DM. Muchas de las detecciones realizadas son llevadas por la SSA en su dependencia en Veracruz (Servicios de Salud de Veracruz, SESVER)

En efecto, en el momento que se diagnostica la DM, y sobre todo se detectan sus complicaciones asociadas, los costos para su tratamiento son muy altos y el paciente va perdiendo paulatinamente sus años de vida productivos, con repercusiones de alto impacto atribuibles de forma indirecta a la enfermedad. Además los costos en la calidad y estilo de vida en todos estos pacientes son muy altos y al mismo tiempo económicamente hablando el gasto que debe realizar el sector salud para controlar este problema para enfrentar las demandas exigentes por parte de personal de salud capacitado, insumos y otros recursos hace que no sea eficiente el uso y la asignación de estos para controlar este problema evidentemente desbordado.

Pero ante todo esto, se debe definir estos conceptos muy importantes para el estudio y realización de esta investigación. ¿Qué es estilo y calidad de vida? Los seres humanos, desde que tienen memoria, aprenden y adquieren hábitos y conductas formando una estructura y un patrón reconocible, las cuales pueden ser tanto individuales y también colectivas. Es decir, es el patrón general de suposiciones, motivos, estilos cognitivos y técnicas que caracterizan el comportamiento de un individuo y que le da consistencia

Algunas características de la personalidad del individuo pueden determinar las conductas subsecuentes al diagnóstico de una enfermedad y el consecuente tratamiento. Para alcanzar el control glucémico, el estilo de vida en el paciente diabético necesariamente implica un cambio significativo y radical.

Los estilos de vida se caracterizan en el individuo por patrones de comportamiento identificables que pueden tener un efecto tanto positivos como negativos sobre la salud de un individuo y se relacionan con actitudes, valores y comportamientos en la vida de una persona. Se ha observado que varias de las enfermedades degenerativas y metabólicas son condiciones frecuentemente asociadas a un inadecuado estilo de vida. También se ha resaltado que sujetos que acusan conductas y preferencias relacionadas con un estilo de vida saludable



como alimentación balanceada, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, el riesgo de presentar patologías cardio-metabólicas era menor, al compararse con sus pares que mostraban un estilo de vida inadecuado. En este marco, cobra valor muy alto el de conocer los estilos de vida y su impacto sobre la salud en la población mexicana. (11)

Estilo de vida, es un término relativamente reciente, que se ha adoptado ampliamente en la literatura tanto popular, como socio-médica y economista, entre muchas disciplinas. Tiene un origen semioscuro, pero las primeras veces que se asentó en la historia humana fue descrita en el año 1867 en los escritos de Marx, y que fue ampliamente aplicado en los últimos años por diferentes salubristas (Bauer, 1980; Berlinguer, 1981; Blaxter, 1990; Davidson, 1992; Gottlieb y Green, 1984; Pili y Stott, 1987; Syme, 1978), con una constitución en el culturalismo antropológico estadounidense (Coreil, 1985).

El primer uso de la expresión "estilo de vida" apareció en el ensayo de Weber titulado *Die Wirtschaftsethik der Weltreligionen*, publicado en el volumen 41 del *Archiv fuer Soziolforschun* en 1915. (11)(12)

La evolución de su significado ha pasado, desde atributos de ciertas clases sociales, como diferencias en prestigio o estatus hasta representar "honor social" (Weber, 1946); desde transformaciones en su uso por el ámbito socioeconómico y psicológico. Pero su significado tal y como lo conocemos está implícito a partir del año 1972, cuando las vertientes socio médicas, como la epidemiología y la antropología médica la han definido los factores de riesgo para la enfermedad y la muerte accidental, asociándolo principalmente al uso de tabaco, alcoholismo, drogadicción, dietética y nutrición, actividad física, manejo de estrés y otros mecanismos cinemáticos; pero su definición actual está dada por su revisión y adopción en el campo de educación para la salud, donde ha tenido su mayor refinamiento (11).

Para la medición del estilo de vida se obtienen varios instrumentos consistentes en cuestionarios, dos de los cuestionarios más conocidos de este tipo son el FANTASTIC10 y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP); primero, el mayormente utilizado es el cuestionario FANTASTIC, el cual fue creado originalmente para evaluar en la atención primaria médica el estilo de vida de los pacientes; cabe destacar que este instrumento fue originado en inglés y que no está dirigido principalmente a la población de pacientes diabéticos, siendo un problema para su evaluación, citando un artículo publicado en la revista del IMSS, el cual evalúa la validez y la consistencia de dicho instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos, concluye que a pesar que la adaptación al idioma español es buena, tiene puntos débiles en algunos dominios y que no se correlacionan adecuadamente los parámetros de control metabólico en sujetos con DM2. El segundo, presenta los mismos inconvenientes. (12)

Otro instrumento, creado en lengua español y sobre todo, dirigido a la población de paciente con DM2, es el cuestionario IMEVID, que actualmente tiene buena aceptación ya que es el primer cuestionario específico y con validez aparente, y de buena consistencia. (13)(14)

El cuestionario autoaplicado denominado Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID) permite cubrir la necesidad de un instrumento específico que permita al personal de salud medir el estilo de vida de una manera rápida, válida y confiable. Estas herramientas ayudan tanto a médicos como pacientes a identificar componentes del estilo de vida perjudiciales de manera conjunta, y así planear intervenciones específicas para poder modificarlos. Su aplicación logra determinar una calidad mejor o peor de vida, basados en un puntaje máximo (100) y determinado por resultados de diferentes grupos estudiados. (13)

Con respecto a la calidad de vida, este representa citando al taller sobre calidad de vida de Rossella Palomba, es un “término multidimensional de las

políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades". La calidad de vida es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar (well-being) y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos. (15)

El concepto de calidad de vida en los últimos años ha adquirido una importancia e interés especiales dentro de la investigación y la práctica de los servicios sociales, educativos y sanitarios durante las tres últimas décadas. Todos los esfuerzos y desarrollos durante los últimos 30 años han permitido que este concepto haya evolucionado desde una noción sensibilizadora a convertirse en un agente de cambio social y organizacional. Por lo tanto en la actualidad la búsqueda de la calidad es hoy un es un objetivo principal para la población en general, que trabajan para conseguir servicios y procesos de calidad valorados por los propios usuarios y que mejoren su calidad de vida.

Para la OMS, la calidad de vida la define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".(16)

En este sentido, para conocer el comportamiento de una población en particular o proponer apoyo para modificar aquellos perjudiciales para la salud, se han diseñado cuestionarios, que identifican dichos patrones de conducta, muchos de ellos económicos y de fácil aplicación.

Basados en este hecho, en general, la calidad de vida no puede medirse solamente por parámetros objetivos, al contrario, mucho del peso recae principalmente en la valoración subjetiva de cada individuo. Actualmente la evolución del enfoque médico ha sobrepasado los límites de los controles bioquímicos de los pacientes, ampliando su perspectiva a las sensaciones y cambios que tienen dentro y en el transcurso de su enfermedad. (17)

Se ha demostrado repetidamente que el paciente presenta un duelo a la aceptación de una enfermedad que actualmente no tiene cura; ante la perspectiva futura negativa, generalmente entran en una etapa de transición entre seguir el tratamiento y el curso natural de la enfermedad. Los que deciden continuar con su tratamiento el mayor porcentaje presentan una gran aceptación, pero finalmente si el tratamiento no da los resultados que esperaban, el apego se vuelve deficiente y es cuando se inicia un descontrol amplio.

Se sabe relativamente poco acerca de cómo la diabetes afecta la calidad de vida de las personas pues su concepto difiere en su definición y en la forma de medirlo, por ser de naturaleza subjetiva conlleva a que cada profesional que se desempeña en el área de la salud implemente estrategias específicas para una adecuada intervención. Se considera de especial importancia determinar la calidad de vida de los pacientes con DM2, porque permite un manejo integral del paciente diabético, favorece su empoderamiento como responsable de su salud y su calidad de vida, reduciendo de esta manera las complicaciones, la mortalidad, los costos de la enfermedad y fomenta acciones que promueven estilos de vida saludables en la población. (18)(19)

Pero, ¿por qué evaluar la calidad de vida? Se ha observado que las medidas clínicas tradicionales actualmente tienen utilidad muy limitada, ya que solo se enfoca en los síntomas del paciente, sin embargo el medir la calidad de vida de un paciente con una enfermedad crónico – degenerativa nos aporta un

resultado global que incorpora la percepción del este, logrando realizar un tratamiento más especializado para nuestro paciente.

Para medir la calidad de vida existen varios instrumentos validados, entre ellos contamos ampliamente con cuestionarios aplicados a pacientes. Generalmente estos se agrupan en 2 categorías, los cuestionarios específicos, los cuales se orientan a patologías concretas; en el caso de la DM existen cuestionarios para evaluar a pacientes con DM tipo 1 y tipo 2. Un ejemplo de este tipo de instrumentos es la versión en español del DQOL.

El segundo grupo o categoría son los genéricos, denominados así ya que pueden ser aplicados sin discriminación de patología subyacente, es decir, a la población en general, este es el caso del cuestionario de salud SF-36, principalmente. (19)(20)

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado en la década de los noventa, en los Estados Unidos (Boston, Massachusetts), para su uso en Estudios de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS por sus siglas en inglés). Usa una escala genérica que indica un perfil de salud, aplicable para toda la población, incluso para evaluar a la población general y a subgrupos específicos. Se ha demostrado ampliamente su utilidad para comparar la agresión de diferentes enfermedades, los beneficios producidos por tratamientos en el manejo de diferentes enfermedades, y principalmente, valorar el estado de salud de pacientes individuales. (21)

Está construido con 36 temas, explorando 8 dimensiones del estado de salud, tales como la función física, social, limitaciones de rol, problemas físicos, emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de salud en general. (20)

Todas estas acciones al final servirán para poder crear una necesidad de apego tangible para el paciente, como resultado el paciente con buenas

expectativas alcanzará un mejor apego al tratamiento, menor cantidad de complicaciones, y sobre todo, una significativa disminución de los costos de atención médica.

AUTOR(ES)	ESTUDIO	RESULTADOS
<b>Rodríguez-Moctezuma 2003, México</b>	Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos	El estilo de vida se asocia con la ocurrencia, curso clínico y el control de la diabetes. En cambio existe escasa correlación con los marcadores somatométricos y los de control metabólico, pero se relaciona directamente con seguimiento del tratamiento, aunque el instrumento no tiene alcance real con pacientes con enfermedades específicas.
<b>Robles García y Cols 2003, Jalisco, Mexico</b>	Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL	Determinaron que el 47% población estudiada considera su estado de salud regular, encontrando mayormente complicaciones neurovasculares, y que la población femenina presenta mayores índices de ansiedad por eventos o complicaciones futuras.
<b>Lopez Carmona y Cols 2003, Mexico.</b>	Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID)	Se validó un nuevo instrumento dedicado a evaluar específicamente el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en los cuales se determinaron aspectos importantes tales nutrición, actividad física, información sobre diabetes, adherencia terapéutica y consumo de otras sustancias; el instrumento creado evaluó una población demostrando mismos alcances que otros constructos

		similares, apoyando en la detección de conductas de riesgo y estilos de vida desfavorables para la enfermedad.
<b>Vilagut G y Cols 2005, Barcelona, España</b>	El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos	Se observó que este instrumento tiene amplio alcance en la población general o específica y como medida para conocer el impacto de ciertas patologías o el nivel de intervención terapéutica utilizada.
<b>Arcega Domínguez A, Celada Ramírez NA 2008, Puebla, Mexico.</b>	Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional	En este estudio se observó que una estrategia participativa del paciente frente a experiencias grupales mejora significativamente el conocimiento de la enfermedad, el apego al tratamiento y la calidad de vida; en contraste a la estrategia tradicional de información – escucha en el cual se observó incluso disminución de estos valores; influido principalmente a la capacitación voluntaria del paciente e independientemente al tipo de información que se le maneje.
<b>Romero Massa y Cols. 2010, Colombia</b>	Calidad de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 residentes en Cartagena Colombia, con el instrumento SF-36.	Este estudio encontró que el 62% de la población estudiada su calidad de vida es buena; en torno a salud mental, emocional y vitalidad tuvo buenas consideraciones, considerando el apoyo por parte de familiares y amigos; sin embargo el rol físico y la salud en general así como el dolor fueron los puntajes más afectados, siendo estos rubros los que repercuten directamente a los anteriores.

**Justificación:**

El estilo y la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 son puntos importantes tanto en el rubro social ya que al tener un buen índice en estos parámetros se traduce con menos días en hospitalización, menor requerimiento de consultas médicas, mejor rendimiento de los pacientes en sus actividades diarias, así como el impacto económico y social al disminuir los costos de atención y sobre todo una relación satisfactoria con el instituto. Sin embargo a pesar de ser rubros importantes dentro del control de nuestros pacientes, en la UMF 66 se desconoce hasta el momento si existe un nivel adecuado de estos parámetros y si hay diferencias en aquellos pacientes con y sin programas de autoayuda, motivo por el cual se realiza la siguiente investigación.



## **Planteamiento del problema:**

1. ¿Cuál es el estilo y la calidad de vida en diabéticos con y sin programas de autoayuda?

## **HIPOTESIS**

El 70% de los pacientes diabéticos con programas de autoayuda perciben mejor calidad de vida y tienen un adecuado estilo de vida que aquellos que no están en un programa.

## **Objetivo general**

Determinar la calidad y el estilo de vida de los pacientes diabéticos con y sin programas de autoayuda de la UMF 66 de Xalapa, Veracruz, en el periodo comprendido Marzo – Agosto 2014.

## **Objetivos específicos**

Identificar pacientes diabéticos con y sin programas de autoayuda:

- Determinar las diferentes dimensiones de estilo de vida: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes mellitus, emociones, adherencia terapéutica
- Determinar las diferentes dimensiones de calidad de vida: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- Determinar las características sociodemográficas
- Determinar la tipología familiar
- Determinar el índice de pobreza familiar

## **Material y Métodos**

TIPO DE DISEÑO

*Encuesta Comparativa Prospectiva*

Lugar: UMF 66 IMSS Xalapa, Veracruz.

Tiempo: Mayo 2013 – Febrero 2015

Población: Pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF 66.

**Muestra:**

Los pacientes que formaran parte de la muestra se seleccionaran a través de un muestreo no probabilístico denominado muestreo por cuotas el cual se asienta sobre la base de tener un buen conocimiento sobre los grupos que se están tomando en cuenta, o de los individuos más representativos o adecuados para los fines de la investigación. Este tipo de muestreo consiste en fijar cuotas que serán el número de individuos que cumplan con los criterios de selección previamente establecidos. Por lo tanto para fines locales de la investigación se define encuestar a 150 pacientes diabéticos del programa diabetimss y 150 pacientes diabéticos que no pertenecen a ningún programa de autoayuda. Es necesario tener en cuenta que los resultados obtenidos en este estudio son única y exclusivamente de esta muestra de pacientes por lo cual no se pueden extrapolar los resultados hacia otras poblaciones con las mismas características.

**Análisis estadístico:**

Para el análisis de la información se realizara la base de datos en el programa Excel versión 2010 en la cual se validará para evitar todo tipo de error de captura. Posterior a la validación, se realizaran gráficos univariados de pastel para variables cualitativas con menos de 4 categorías, gráficos de barras para variables cualitativas con más de 4 categorías, gráficos de histograma para variables cuantitativas. Así mismo se realizaran gráficos comparativos de histograma y tablas comparativas para describir las características de aquellos pacientes diabéticos que acuden al programa diabetimss en relación a los pacientes que no acuden. Se realizará el análisis discriminante: para determinar si existen diferencias entre el estilo de vida en los diferentes rubros del IMEVID y la calidad de vida en las diferentes escalas que comprende el SF36 en relación a los 2 grupos de estudio, pacientes diabéticos con y sin programas de autoayuda.

Población diabéticos en general UMF 66: 12,970 pacientes.

Población diabéticos registrada y en activo en programa DiabetIMSS: 433 pacientes (Matutino 243 y Vespertino 190)

## CRITERIOS DE SELECCIÓN:

<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>
<b>INCLUSIÓN</b>	<b>INCLUSIÓN</b>
Pacientes diabéticos adscritos a la UMF 66	Pacientes diabéticos adscritos a la UMF 66
Que pertenezcan al Programa DIABETIMSS durante al menos 6 meses	Que no se encuentren en ningún grupo de autoayuda
Pacientes diabéticos que no presenten complicaciones crónicas	Pacientes diabéticos que no presenten complicaciones crónicas
Que acepten participar en el estudio.	Que acepten participar en el estudio.
Que sepan leer y escribir	Que sepan leer y escribir
<b>EXCLUSIÓN</b>	<b>EXCLUSIÓN</b>
Pacientes con alteraciones psicomentales, y/o físicas que impidan la respuesta a los cuestionarios.	Pacientes con alteraciones psicomentales, y/o físicas que impidan la respuesta a los cuestionarios.
<b>ELIMINACIÓN</b>	<b>ELIMINACIÓN</b>
Encuestas incompletas.	Encuestas incompletas.

## **PROGRAMA DE TRABAJO:**

Previa autorización de este protocolo de investigación por parte del CLIES, se llevara a cabo las siguientes actividades:

1. Se seleccionarán a los pacientes diabéticos de los censos y registros de los programas de autoayuda y de los registrados en la consulta externa de medicina familiar y de los que acudan espontáneamente al servicio de AMC que reúnan los criterios de selección, durante los turnos tanto matutinos como vespertinos.
2. Se les localizará, se les identificará dentro de las instalaciones de la UMF y se corroborará nombre, NSS y diagnóstico de DM a través de la cartilla de citas médicas.
3. Se les informará de la naturaleza del protocolo de investigación y de los alcances que permitirán con su participación, explicando cómo debe realizarse la actividad y la duración de la misma, así como también que no podrán quedarse con ningún cuestionario otorgado.
4. Con previa autorización de consentimiento informado por escrito, se procederá a la aplicación de los instrumentos por parte del aplicador, formulando cada pregunta de forma clara y objetiva, y si surge alguna cuestión se les aclarará la duda en ese momento.
5. Las encuestas que serán proporcionadas constan de un formato para identificación del paciente, y los instrumentos ya validados SF – 36 e IMEVID, que su función es de evaluar la calidad y el estilo de vida por medio de varias preguntas con respuestas ya predeterminadas, dando un tiempo mínimo de 12 minutos y máximo de 20 minutos para poder contestarlas adecuadamente.
6. Posteriormente al término del tiempo dado o si antes se terminó la aplicación se procederá a retirarles el formato con previo aviso, si aún faltara terminar se les daría una extensión de tiempo, al término de este se retira así como los medios otorgados provisionalmente para la contestación de las encuestas.
7. Posteriormente al haber concluido la entrevista, se procede a gratificar verbalmente por su aportación despidiendo del paciente.

## VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Respuesta al cuestionario		Razón
Género	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer	Respuesta al cuestionario y correspondencia fenotípica.	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Respuesta al cuestionario	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado	Nominal
Escolaridad	Nivel académico adquirido en años de estudio	Respuesta a interrogatorio.	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado	Ordinal
Ocupación	Actividad diaria realizada en el campo de lo profesional	Respuesta a interrogatorio.	Empleado Profesionista Comerciante Campesino Obrero Hogar	Nominal
Índice simplificado de pobreza familiar	Nivel socioeconómico de una familia de acuerdo a ciertos parámetros evaluados.	Respuesta al test específico (anexo ISPF)	- Sin pobreza - Pobreza baja - Pobreza alta	Ordinal
Tipología familiar	Definido de acuerdo al tipo de familia al que pertenece según los ejes de clasificación: conformación, ocupación, hábitos, demografía.	Respuesta al cuestionario.	Parentesco: Nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, monoparental, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, extensa, extensa compuesta, no	Nominal

			<p>parental, sin parentesco</p> <p>Presencia física en el hogar: Núcleo integrado, no integrado, extensa ascendente, descendente, colateral</p> <p>Medios de subsistencia: Agrícolas y pecuarias, industrial, comercial, servicios</p>	
Tipo de Diabetes Mellitus	Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre	Respuesta al cuestionario	Tipo 2	Nominal
Tiempo de evolución de diabetes	Tiempo en años de diagnóstico de DM.	Respuesta al cuestionario		Razón
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario	Respuesta al cuestionario	Hipertensión arterial Dislipidemia Obesidad	Nominal
Estilo de Vida	Patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus	Respuesta al instrumento IMEVID.		Razón



	circunstancias socioeconómicas			
Calidad de vida	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno	Respuesta al instrumento SF – 36		Razón
ACUDE A SESIONES GRUPO DIABETIMS S	Asistencia de los pacientes al grupo de vigilancia y enseñanza de cuidados para el diabético (dietéticos, físicos y farmacológicos)	Respuesta al cuestionario.	Si No	Nominal

---

## **RECURSOS:**

### **Humanos:**

Investigador principal: Dr. Eleazer Sebastián González Santos RMF

Asesor Metodológico: Dra. Balkis Vera Cruz Mendoza

Asesor Estadístico: Lic. Estadística Héctor Guadalupe González Contreras

### **Físicos:**

Aula 4 de la UMF

Sala de espera de consulta externa UMF 66

Archivos y registros de DIABETIMSS

Papel y hojas blancas, Lápiz y lapiceros (10)

Computadora personal

Sistemas de cómputo auxiliares y Software estadístico

### **Instrumentos de evaluación:**

Estilo de vida: cuestionario IMEVID

Calidad de vida: cuestionario SF-36

### **Financieros:**

Serán proporcionados por el investigador principal

Se solicitará financiamiento al IMSS.

---

## ÉTICA

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17, esta investigación entra en el rubro de:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

<<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>>

En lo cual, por las características de este estudio entra dentro de la categoría de **investigación sin riesgo**.

---

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2013									2014									2015							
Actividades	Abr	Ma y	Jun	Jul	Ag o	Se p	Oct	No v	Dic	En e	Fe b	Ma r	Abr	Ma y	Jun	Jul	Ag o	Se p	Oct	No v	Di c	Ene	Fe b	Ma r	Abr	
Elaboración del protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X																		
Búsqueda bibliográfica			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Autorización por comité local										X																
Prueba piloto											X															
Recolección de la información												X	X	X	X	X										
Análisis estadísticos																X	X	X								
Elaboración de resultados																	X	X	X							
Análisis y conclusiones																		X	X							
Redacción Escrito																			X	X						
Impresión y presentación de Tesis																					X	X	X	X	X	

## BIBLIOGRAFIA

1. ADA. Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Report of the Experts. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97
2. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico, Tratamiento y Referencia oportuna de la Diabetes Mellitus Tipo 1 en el niño y adolescente en el segundo y tercer nivel de atención, México: Secretaría de Salud, 2011
3. De Santiago Nocito A. Definición, clasificación clínica y diagnóstico de la diabetes mellitus. Doc Clín SEMERGEN Barcelona 2008 :7-12
4. Guías ALAD de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Asociación Latinoamericana de la Diabetes.
5. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes en el Embarazo, México: Secretaria de Salud; 2009.
6. Organización Mundial de la Salud OMS, Día Mundial de la Diabetes <<http://www.who.int/diabetes/es/>>
7. International Diabetes Federation 2013 América Central y del Sur (SACA) <<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/america-central-y-del-sur>>
8. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA <<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2010/diabetes0.doc>>
9. Encuesta Nacional de Salud 2012 <<http://ensanut.insp.mx/informes.php#.UpoYByfAERA>>
10. SESVER Notificación epidemiológica estatal SUIVE 2011 preeliminar <<http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/05/taller-7-programaAdulto-mayor.pdf>>
11. Coreil J, Levin JS, Gartly Jaco E. Life style. An emergent concept in the sociomedical sciences (Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas). Division of Sociomedical Sciences. Department of Preventive Medicine and Community Health. The University of Texas Medical Branch. Galveston. Disponible en <<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1992/vol3/arti1.htm#nota1>>
12. Rodríguez-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía-Miranda C, Hernández-Santiago JL, Martínez- Bermúdez M. Validez y consistencia del instrumento

FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Med IMSS 2003; 41 (3): 211-220

13. López-Carmona LM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2003;45(4):259-268
14. Menéndez EL. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos XVI:46, 1998. Se puede encontrar en <<http://www.ciesas.edu.mx/biblioteca/BIBLIOGRAFIAS/DA-%20REARTES-OSORIO/36.%20R-O.pdf>>
15. Palomba R. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. Institute of Population Research and Social Policies Roma, Italia. Se puede encontrar en <[http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1\\_ppt.pdf](http://www.eclac.cl/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf)>
16. Calidad de Vida; OMS 2005 <<http://www.who.int/es/>>
17. Arcega Domínguez A, Celada Ramírez NA. Control de pacientes con diabetes. Impacto de la educación participativa versus educación tradicional. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (6): 685-690
18. Romero Massa E, Acosta Ospino S, Carmona Castilla I, Jaimes Sarmiento A, Masco Mier MM, Páez Góngora A, Vega Jiménez C. CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 RESIDENTES EN CARTAGENA COLOMBIA. Rev Cien Bioméd 2010; 1(2):190-198
19. Robles García R, Cortázar J, Sánchez Sosa JJ, Páez Agraz F, Nicolini Sánchez H. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. Psicothema 2003; 15(2): 247-252
20. Cuestionario de Salud SF-36. Secretaría de Salud, México. <[http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO\\_SALUD\\_SF-36.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf)>
21. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit.Barcelona 2005; 19(2): 135-150

**ANEXOS**



**ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS DE DIABÉTICOS CON Y SIN PROGRAMAS DE AUTOAYUDA**

**CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y FAMILIARES**

Acepta contestar cuestionario: SI [ ] NO [ ] Grupo de autoayuda: SI [ ] NO [ ] Tiempo: \_\_\_\_\_

No. de afiliación \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Años de Diagnóstico de DM \_\_\_\_\_

Promedio de glucosa reportado en los últimos 6 meses \_\_\_\_\_

**Tipología familiar**

Conformación		Demografía	
Desarrollo		Presencia física	
Integración			
Ocupación			

0 – 3 = Sin evidencia de pobreza familiar  
4 – 6 = Pobreza familiar baja  
7 – 10 = Pobreza familiar alta

Puntaje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INDICADORES	CATEGORIAS	PUNTUACION
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Por día	<de \$54.47	4
	De \$54.48 a \$163.40	3
	De \$163.41 a \$272.34	2
	De \$272.35 a \$381.28	1
	De \$381.29 y más	0
NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES	3 ó más hijos	2.5
	2 hijos	2
	1 hijo	1
	Ningún hijo	0
ESCOLARIDAD MATERNA	Sin instrucción	2.5
	Primaria incompleta	2
	Primaria completa	1
	Post-primaria	0
HACINAMIENTO (Número de personas por dormitorio)	3 0 más personas	1
	1-2 personas	0





**ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS DE DIABÉTICOS CON Y SIN PROGRAMAS DE AUTOAYUDA**

FOLIO: \_\_\_\_\_

**Instructivo**

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: F M

Edad: \_\_\_\_\_ años.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
Total				

\* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

Se asignaron calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y correspondió al valor más alto para la conducta deseable, lográndose así una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento



**ESTILO Y CALIDAD DE VIDA EN GRUPOS DE DIABÉTICOS CON Y SIN PROGRAMAS DE AUTOAYUDA  
CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

FOLIO: \_\_\_\_\_

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:	1 excelente	2 Muy buena	3 buena	4 regular	5 mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1 Mucho mejor ahora que hace un año	2 Algo mejor ahora que hace un año	3 Mas o menos igual que hace un año	4 Algo peor ahora que hace una año	5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

	1 Si, me limita mucho	2 Si, me limita un poco	3 No, no me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?			
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?			
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

	1 si	2 no
13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1 nada	2 Un poco	3 regular	4 bastante	5 mucho	
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1 No, ninguno	2 Si, muy poco	3 Si, un poco	4 Si, moderado	5 Si, mucho	6 Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1 nada	2 Un poco	3 regular	4 bastante	5 mucho	

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.  
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

	1 siempre	2 casi siempre	3 muchas veces	4 algunas veces	5 solo alguna vez	6 nunca
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1 siempre	2 casi siempre	3 algunas veces	4 solo alguna vez	5 nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1 siempre	2 casi siempre	3 algunas veces	4 solo alguna vez	

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1 siempre	2 casi siempre	3 algunas veces	4 solo alguna vez	5 nunca
--	-----------	----------------	-----------------	-------------------	---------

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

	1 totalmente cierta	2 bastante cierta	3 no lo se	4 bastante falsa	5 totalmente falsa
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.					
34. Estoy tan sano como cualquiera.					
35. Creo que mi salud va a empeorar.					
36. Mi salud es excelente.					

Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Los puntajes de items de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los items no respondidos no se consideran.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	Calidad y Estilo de vida en los pacientes diabéticos que cursan grupos de autoayuda en comparación con los pacientes que únicamente siguen el control médico
Patrocinador externo (si aplica):	N/A
Lugar y fecha:	UMF 66 Xalapa, Veracruz a de de 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio es realizado para notar la efectividad de los grupos de autoayuda de los pacientes diabéticos reflejado en la medición de percepción en la calidad y el estilo de vida
Procedimientos:	Aplicación de encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejorar la calidad de los servicios de los grupos de autoayuda y crear puntos o zonas de oportunidad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará de la calidad de vida de los pacientes de acuerdo de los ítems que arroje los instrumentos validados, para intervenir según las posibilidades de la consulta externa en beneficio del paciente (envíos, asesorías, ajuste de manejo)
Participación o retiro:	Se explicará cualquier duda que surja durante la actividad , los pacientes podrán retirarse del protocolo de investigación en el momento que lo decidan, previo aviso al investigador principal.
Privacidad y confidencialidad:	Este estudio es totalmente confidencial ya que se protege la identidad de cada uno de los participantes involucrados, y los resultados de este trabajo, se utilizaran para trabajo de tesis y en su caso para publicación en forma global, nunca individual.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocimiento de las áreas afectadas en el paciente, que intervienen afectando su calidad de vida y las acciones pertinentes para mejorarla.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Eleazer Sebastián González Santos RMF matrícula IMSS 98314817 Domicilio Arquitectos#233 Col. Unidad Magsterial CP 91010 e-mail:eleazersebastian@hotmail.com
Colaboradores:	
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: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Dr. Eleazer Sebastián González Santos RMF  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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