CAPÍTULO 1

1.1 Introducción

El presente trabajo consiste en conocer la relación de la calidad de vida con el control glicémico del paciente con diabetes tipo 2. La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que se desarrolla cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz (Zimmet, 1991).

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), distingue dos formas clínicas principales: la diabetes mellitus insulino dependiente (DMID) o diabetes tipo 1 y la diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) o diabetes tipo2. La DMNID (o diabetes tipo 2) representa alrededor del 85% al 90% de todos los casos de diabetes.

Actualmente hay aproximadamente 143 millones de personas con diabetes en todo el mundo. Está previsto que esta cifra se eleve a 300 millones para el año 2025, debido principalmente al aumento, envejecimiento y urbanización de la población. En los países en vías de desarrollo éstas cifras representan un incremento del 170% de casos y en los países desarrollados un aumento del 42% (OMS,1999).

En los países en vías de desarrollo, la mayoría de las personas con diabetes tienen una edad entre 45 y 64 años, en comparación con los 65 años y más de los países desarrollados. Se prevé que esta tendencia se acentúe para el año 2025. Las devastadoras complicaciones de la Diabetes tipo 2, como la ceguera, insuficiencia renal y enfermedad cardiaca, están significando un enorme costo para los servicios sanitarios. Se calcula que la diabetes representa entre el 5% y el 10% del presupuesto nacional destinado a la salud (OMS, 1999).

En México, la diabetes tipo 2 ocupa el primer lugar como causa de morbimortalidad de las enfermedades crónico degenerativas, y el cuarto dentro de las primeras diez causas de mortalidad en general (INEGI,1995). En el estado de Nuevo León, la diabetes tipo 2 ocupa el tercer lugar como causa de muerte por enfermedad en los adultos (Secretaría de Salud, 1998).

La diabetes es un problema de salud pública de magnitud considerable. El retrato epidemiológico actual parece indicar que la epidemia de la diabetes tipo 2 seguirá desarrollándose en la próxima década, y ésta representará una de las principales amenazas para la salud en el mundo, tanto para la población afectada en edad productiva, como para la población en edad avanzada (ya que en ellos es habitual que se presente la diabetes tipo 2), menoscabando su calidad de vida (King, 1993).

El papel de la ciencia y de los profesionales de la salud, es mejorar la calidad de vida de las personas. Mejorar la calidad y los tipos de servicios, requiere que los profesionales participen en el desempeño de programas y planes de mejoramiento de la salud de la población (González, 1990).

Si la calidad de vida es un elemento importante en el cuidado de la salud, la enfermería como profesión debe participar en la planeación de programas encaminados a reforzar la calidad de vida de las personas. Esta actividad es congruente con la estrategia de atención primaria, misma que ha sido conceptual izada en la Conferencia Internacional Alma Ata como un "medio práctico para poner

al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, la asistencia de salud indispensable en forma tal que resulte aceptable y proporcional a sus recursos y con su plena participación" (Castillo,1986:73-75).

Es necesario reconocer a la calidad de vida como el factor importante para el adecuado control de la diabetes tipo 2.

1.2 Planteamiento del Problema

En la presente investigación se establece el siguiente planteamiento de problema: ¿Cuál es la relación entre los niveles de Calidad de Vida y el control de la Diabetes tipo 2? Es innegable que la diabetes es una enfermedad crónica, que la persona que la padece debe mantenerla bajo control, y esto hará que se sienta bien en general. En caso contrario desarrollará complicaciones tales como retinopatía, nefropatía y neuropatía. Sin embargo, la diabetes, a pesar de su cronicidad y riesgo de complicaciones, no representa un impedimento para llevar una vida con mayor calidad.

La diferencia de quienes gozan de una mejor calidad de vida y están libres de complicaciones se debe a que tienen un conocimiento acertado sobre la diabetes y aplican ese conocimiento a sus vidas (Guerrero, 1998).

Cella (1992) menciona que la mayoría de los autores coinciden en afirmar que la calidad de vida en el contexto de salud es reconocida como bienestar cuando las personas están orientadas y son capaces de mejorar el nivel de calidad de vida. Ferrans y Power definen a la calidad de vida como: "la sensación de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de vida que son importantes para él / ella" (1992: 111-119).

Además, San Martín Pastor (1994) menciona que teóricamente se sabe que el tratamiento eficaz bien llevado por el paciente, puede mejorar su nivel de calidad de vida. En el mismo orden de ideas, Ovalle Berúmen (1994) indica que no hay duda

que el control adecuado de la diabetes tipo 2 permite tener una vida prácticamente normal, tanto en calidad como en duración.

El tratamiento de la diabetes tipo 2 incluye control en la dieta, ejercicio, medicamento, pruebas de glucosa en la sangre, y además busca mantener los niveles de glucosa en la sangre cerca de lo normal todo el tiempo posible. La enseñanza de auto-control es parte integral del tratamiento de la diabetes (American Diabetes Association, 1998).

De lo anterior se deduce que la persona con diabetes debe recibir toda la información que requiere para llevar un control de su padecimiento, lo que conlleva a una mejor calidad de vida.

A través de la experiencia profesional de seis años del investigador en un centro comunitario, donde tuvo a su cargo a un grupo de pacientes con diabetes tipo 2, observó varias situaciones en relación con las modificaciones en el estilo de vida que conllevan a un plan de tratamiento.

A lo largo de este tiempo se ha visto que de un total de 160 personas detectadas como diabéticos tipo 2, sólo acuden 12 de ellos al grupo de tratamiento de manera regular. Esto es, sólo acuden por tratamiento un 7.5% del total de pacientes (esto contrasta con la estimación de la SSA 1999 en cuanto a que el 80% de los casos detectados ingresarán a un tratamiento). Esto significa que sólo las personas que acuden podrán llevar un control de su padecimiento, lo que posiblemente se vea reflejado en la presencia de niveles de glucosa apropiados de 110 mg/dl de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-15- SSA2-1994.

El resto de las personas detectadas como diabéticos que no acuden al grupo en cuestión, manifiestan tener poco interés en cuidar su salud. Mencionan que la diabetes no se "cura", que además requieren de tratamiento para siempre, que no es necesario tener control de su dieta, que de todas maneras serán diabéticos toda la

vida y que de alguna complicación se han de morir. Estas personas manejan niveles de glucosa en ayunas por encima de los 200 mg /dl

Lo anterior hace concluir que estos pacientes traen consigo estímulos negativos. Según San Martín Pastor (1990) esto se refiere a estímulos adversos desagradables, que hace que ellos no logren llevar acabo el control de su padecimiento tanto integral como metabólico.

Debido a la labor de educación que desempeñan los profesionales de la salud y a las metas establecidas por el sector salud, las actitudes negativas de los pacientes representan una preocupación de gran importancia. Es decir, si por un lado las personas no asisten al grupo de diabéticos, esto les hará perder una oportunidad de aprender más acerca del manejo adecuado del tratamiento; y por otra parte, si no se apegan a un plan de tratamiento indicado, no tendrán un buen control de su padecimiento y por consiguiente no podrán evitar las complicaciones. A pesar de todo el apoyo que se les proporciona, nos cuestionamos: ¿Por qué el paciente no tiene una adherencia a su tratamiento?; ¿Cómo podrá modificar este comportamiento? Esta situación paradójica representa un reto.

La relación tradicional respecto al manejo del paciente diabético, consiste en ver a la calidad de vida como una variable dependiente debido a que es la finalidad que se busca. Por ejemplo, en el modelo denominado Precede-Proceed (Green y Kreuter, 1991), el cual se maneja en educación y promoción de la salud, la calidad de vida representa la variable dependiente, es decir es el fin que se persigue.

Sin embargo, la situación con este grupo en particular, hace considerar a la calidad de vida como una variable independiente, es decir aquella que va a influir en la adherencia al tratamiento, la cual representa un prerrequisito para lograr un mejor control de la diabetes tipo 2.

En este sentido, se establece la suposición de que la *Calidad de* Vida *Objetiva* y

Subjetiva, influyen en las actitudes que tienen los pacientes, las cuales a su vez motivan o desmotivan en cuanto a lograr un mejor control del padecimiento.

Basándose en esta premisa, y en lo revisado en la literatura, se plantean las siguientes preguntas de investigación.

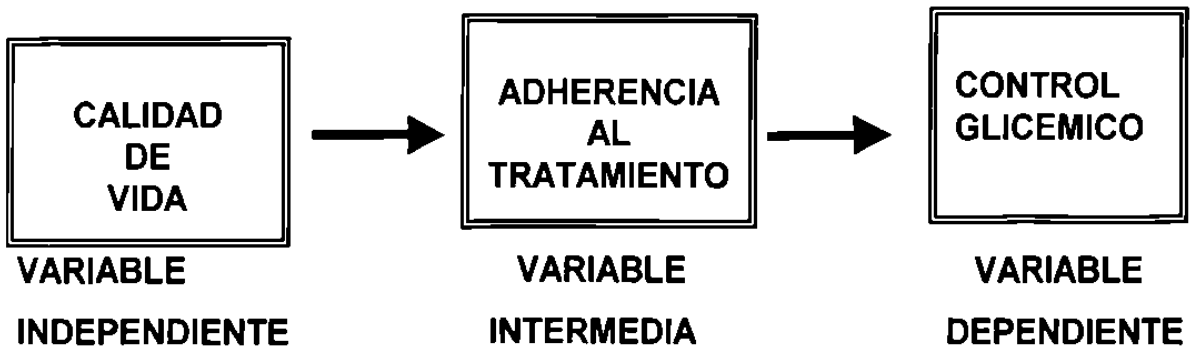
¿Existen diferencias en la Adherencia al Tratamiento de los pacientes con diabetes tipo 2, si éste es igual para todos?

¿Qué calidad de vida tienen los pacientes en quienes se observa una *Adherencia al Tratamiento*, lo que permite lograr los niveles de glucosa dentro de los límites recomendables?

¿Qué relación tendrá la *Calidad de Vida* como determinante de la *Adherencia al Tratamiento* y ésta como intermedia al *Control Glicémico* del paciente con diabetes tipo 2, que acude al grupo de diabéticos en un centro comunitario del Municipio de Apodaca, N.L.?

Las preguntas planteadas hicieron suponer que dependiendo de la *Calidad de Vida* percibida por los pacientes diabéticos tipo 2, tendrían una mejor *Adherencia al Tratamiento*, lo cual llevaría al paciente a un *Control Glicémico* del padecimiento. Esto llevó a elaborar el siguiente modelo de calidad de vida (ver Figura 1).

Figura 1



1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer la influencia que tiene la *Calidad* de *Vida* del diabético tipo 2 sobre una situación deseable: un buen control glicémico de su padecimiento.

Explicar las diferencias en el comportamiento de *Adherencia al Tratamiento* de los pacientes del grupo.

Objetivos Específicos

1.- Estudiar las dimensiones (*Funcionamiento-Salud*, *Socioeconómico*, *Psicológico Espiritual* y *Familiar*) de la *Calidad de Vida* de los pacientes hacia los cambios en su estilo de vida, que es recomendado en el marco del programa del grupo de diabéticos.

2.- Observar *y* describir las diferencias en el comportamiento de *Adherencia al Tratamiento.*

3.- Relacionar lo anterior con niveles de glucosa.

1.4 Contribución del Estudio

Aclarar más acerca de las condiciones favorables y */o* desfavorables para llevar un mejor control de la diabetes tipo 2, que tiene sus raíces fuera de las instituciones de salud, pero que representan determinantes importantes en el éxito de estas instituciones respecto a sus funciones y metas que desarrollan.

Se espera que tal avance en el conocimiento, contribuya a beneficiar la práctica de las diferentes profesiones de índole social (trabajadores sociales, enfermeras,

médicos, entre otros), dado que la identificación de ciertos aspectos sociales y psicosociales que influyen en el control de la diabetes tipo 2, pudieran favorecer la elaboración de intervenciones consideradas sensibles a las circunstancias de las poblaciones que se atienden.

1.5 Definición de términos

Para efectos del presente estudio se consideraron importantes los siguientes términos:

Calidad de Vida: Es la percepción del bienestar de la persona con diabetes tipo 2 que se deriva de su satisfacción e insatisfacción con las áreas de la vida que le son importantes para él o ella (Ferrans y Powers 1992). Ejemplo: Familia, salud, estado socioeconómico, amigos.

Adherencia al Tratamiento: Refleja un compromiso del paciente respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y mantenimiento del régimen terapéutico (Dobkin JF, 1998).

Control Glucémico: Niveles de hemoglobina glucosilada menores de 10% mg/dl (Norma Oficial Mexicana, SSA 1994).

CAPÍTULO 2

Marco Teórico Conceptual

El contenido de este capítulo presenta la fundamentación teórica que sustenta la investigación realizada, el cual se organiza de la siguiente manera: 1) Calidad de vida, 2) Adherencia al tratamiento, 3) Control glicémico.

2. Conceptualización de "Calidad de Vida".

"Calidad de vida" es un término que fue usado poco después de la Segunda Guerra Mundial. Este término ha sido sobre utilizado y poco frecuentemente definido (Walker y Avant 1988).

Campbell (1981) establece que "Calidad de Vida" fue usado por primera vez en América, poco después de la Segunda Guerra Mundial, considerándola como algo más que el mero bienestar económico. Además menciona que Lyndon Johnson (presidente de Estados Unidos de América en ese tiempo), en un discurso

pronunciado en el Madison Square Garden el 31 de Octubre de 1964, utilizó por primera vez la frase "Calidad de Vida". Desde entonces este término ha sido usado persuasivamente en un amplio rango de contextos, desde el ámbito político hasta el sistema de cuidado de la salud (Keyserling, 1979).

En efecto, la "calidad de vida" ha llegado a tener importancia considerable para la sociedad en general y para el cuidado de la salud específicamente. Este concepto es frecuentemente estudiado por sociólogos, quienes estudian el impacto de aspectos tales como las condiciones de la vivienda en la calidad de vida, refiriéndose al bienestar (Dale, citado en Meeberg, 1993).

Opong, Ironside y Kennedy (1987) establecen que la calidad de vida puede ser conceptualizada también como condiciones de vida o como experiencias de vida. El concepto de calidad de vida ha estado a la vanguardia en el cuidado de la salud, con el creciente bienestar de los pacientes como resultado en la mejoría de su salud (Meeberg, 1993).

Algunos autores tales como Packa (1989) definen actualmente la calidad de vida en términos de bienestar. La mayoría estaría de acuerdo conque las decisiones del término calidad de vida en el contexto del cuidado de la salud, pueden y debieran ser orientadas hacia el mejoramiento y beneficio de la vida de los pacientes (Keyserling, 1979).

Hay casi tantas definiciones del concepto de calidad de vida como profesionales que lo utilizan. Por ejemplo, Mobereg y Brusek (1978) consideran el bienestar espiritual como parte de la calidad de vida. Sin embargo, la mayoría de las definiciones se centran en varios elementos y no sólo en uno.

Tartar, Torrance y Thomas (1988) conceptualizan a la calidad de vida como una multifacética construcción que rodea el comportamiento, capacidades cognoscitivas, emocionales, bienestar y habilidades requeridas para la realización de roles

domésticos, vocacionales y sociales. Por su parte, Young y Longman (1983) enfatizan lo subjetivo y la naturaleza individualizada de la calidad de vida.

Hornquist (1982) tiene mucho de la misma visión, pero define la calidad de vida específicamente en términos de satisfacción de necesidades en lo físico, psicológico, social, actividades materiales y dominio estructural. Campbell (1976) también ve a la calidad de vida en términos de varios dominios de satisfacción, en tanto que Goodnison & Singleton (1989) tienen un ángulo un poco diferente ya que consideran la calidad de vida en términos de cumplimiento de planes de vida.

Hollandswarth (1988) mencionan que un criterio objetivo de la calidad de vida se relaciona más con la cantidad (cuánto se tiene), que con la calidad de vida en un sentido de plenitud de vida. Tales factores objetivos ciertamente contribuyen a la calidad de vida, pero no proveen una valoración completa de la calidad de vida de un individuo. Sin embargo, Andrews y Withey (1976) mostraron que las mediciones subjetivas como las percepciones y experiencias individuales, son más fuertes que las medidas objetivas.

Mc Call (1975) sugiere el uso de ambos indicadores (objetivos y subjetivos) simultáneamente. Campbell, Converse y Rodgers, (1976) argumentan la inclusión de indicadores subjetivos y objetivos en la medición de la calidad de vida, además mencionan que los indicadores subjetivos se refieren a experiencias de vida, mientras que los objetivos solamente hablan de cosas que influyen en esa experiencia, por lo que las llama substitutos de calidad de vida.

San Martín Pastor (1990), menciona que la calidad de vida de un individuo podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables) y los estímulos negativos (adversos, desagradables) en el curso de su vida social.

Meeberg (1993: 37), siguiendo una aproximación similar a la de San Martín Pastor, indica:

> .....la calidad de vida no es solo lo objetivo y concreto que rodea al ser humano, sino también la realización subjetiva que ello produce y el valor que se le concede.

George y Bearon (1980) afirman que debido a que diferentes personas valoran las cosas distintas, la definición de calidad de vida es difícil y mencionan que ambos tipos de indicadores (objetivos y subjetivos) deben usarse para valorarla. Esto es, que deben considerarse tanto los recursos y el estatus, así como la experiencia subjetiva del individuo.

Cella (1992) menciona que la calidad de vida tiene dos componentes fundamentales, la subjetividad y la multidimensionalidad; la subjetividad indica que se refiere al hecho de que la calidad de vida puede entenderse sólo desde la perspectiva del paciente, mientras que la mutidimensionalidad se refiere al alcance de un amplio rango de contenidos, incluyendo el bienestar físico, funcional, emocional y social.

De acuerdo al componente multidimensional, Steawart, Ware y Brook, (1981) refieren que la suma de las mediciones de los aspectos de bienestar físico, funcional, emocional y social, puede aproximarse a un índice de calidad de vida.

Continuando con el mismo orden de ideas, ahora relacionando la calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica, Strauss (1995) establece que la calidad de vida para los enfermos crónicos requiere del manejo de los indicadores sintomáticos de la enfermedad, así como también del acompañamiento de las habilidades psicosociales y financieras.

Murray y Kijek (1990) indican que la calidad de vida puede estar influenciada por cuatro componentes de la condición humana total –físico, psicológico, espiritual y cultural- que abarca la representación multidimensional de la persona total. Miller

(1990) menciona que la meta de la calidad de vida para los individuos que tienen desórdenes crónicos es alcanzar el más alto nivel funcional de independencia. Dimond y Jones (1983) establecen que la calidad de vida puede estar relacionada a la efectividad con la cual son considerados los componentes multidimensionales durante el cuidado y tratamiento del paciente con enfermedad crónica.

Mead citado en Nordstrom (1995) propone una teoría denominada Interaccionismo Simbólico, en la cual indica que los individuos construyen la calidad de vida definiendo y descifrando las situaciones en su mundo y actuando hacia y dentro de las situaciones. Quienes enfrentan una enfermedad a largo plazo, interpretan su situación a través de cómo se perciben a sí mismos y cómo perciben al mundo que los rodea en relación con su salud y bienestar.

Se puede enfatizar que cuando se maximiza el nivel funcional de las personas generalmente se alcanza la calidad de vida, es decir la meta por alcanzar tiene una gran probabilidad de éxito cuando el paciente participa en la toma de decisiones.

Al revisar de manera sistemática la literatura referente a calidad de vida, se encontraron múltiples definiciones, a lo que se concluye que este término es una construcción multidimensional y compleja.

2.1.2 Dimensiones de la Calidad de Vida

Existe una fuerte controversia acerca de cómo se mide la calidad de vida para fines clínicos. De acuerdo con lo anterior, Spitz (1987) menciona que no existe una norma reconocida para medir la calidad de vida. Sin embargo Ferrans y Powers (1992) hacen una revisión del concepto de calidad de vida y encuentran que en la atención de la salud la calidad de vida puede agruparse en cinco amplias dimensiones.

Vida Normal

Esta dimensión se centra en la capacidad de vivir una vida normal (Edlund y Tancredi 1985). Ferrans y Powers (1985), indican que esta definición puede utilizar nociones tales como la capacidad de funcionar a nivel similar de las personas sanas o personas de la misma edad. En este mismo orden de ideas Ferrans y Powers (1987) mencionan que mientras más cerca esté la persona del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad, mejor es la calidad de vida.

Ferrans (1990) refiere que para hablar de la calidad de vida en términos de "normal", es necesario usar a cada individuo como su propio estándar de normalidad. De acuerdo a lo anterior, numerosos estudios han comparado la variable calidad de vida antes y después del tratamiento médico o al inicio de la enfermedad de cada paciente.

Estas comparaciones dan una idea del impacto de una enfermedad o tratamiento en las vidas de los pacientes. Sin embargo, no toman en cuenta la percepción de los pacientes en cuanto al impacto de la calidad de vida. Siguiendo este orden de ideas, Ferrans y Powers (1985:22) afirman: "la gente difiere en la importancia que le dan a diversos aspectos de la enfermedad, lo que causa un impacto diferente en las experiencias de vida".

Un ejemplo de un intento por poner este tipo de definición en términos medibles, es el concepto de Años de Calidad Ajustados de Vida. Este procedimiento fue desarrollado originalmente como una medida de resultado para el análisis de costo beneficio. El procedimiento evaluaba la calidad de un año de enfermedad o incapacidad, de tal manera que con una enfermedad o incapacidad tiene un número entre 1.0 (salud perfecta) y 0.0 (muerte). Es decir, si a una enfermedad se le asigna 0.33, la calidad de vida de un año con esa enfermedad sería equivalente a un tercio de año de salud perfecta (Sackett, 1980). Avaron (1984) señala que: el impedimento

que hace que la vida no valga la pena para un paciente, puede ser más que una incomodidad para otro.

Felicidad / satisfacción.

Campbell et al. (1976) indican que la descripción conceptual más acertada de felicidad es el equilibrio entre los sentimientos positivos y negativos, señalando que la felicidad sugiere sentimientos positivos a corto plazo. La conceptualización anterior abarca estados afectivos desde el júbilo hasta la depresión (Baltrusch y Watz, 1987).

Cuando se habla de satisfacción, Campbell et al. (1976) indican que ésta implica una experiencia cognoscitiva a largo plazo, que resulta del juicio de las condiciones de vida. Debido a esto Ferrans (1990) menciona que se ha encontrado que la felicidad y la satisfacción se comportan de una manera un tanto diferente a lo largo del lapso de vida de la población general.

De acuerdo a lo anterior, Mc Nair D, Lorr M, Droppleman L, citados en Ferrans (1990), han encontrado que la felicidad disminuye con la edad, mientras que la satisfacción aumenta, con lo cual los lleva a considerar que la satisfacción viene más de cerca a capturar el concepto de calidad de vida que la felicidad. Ferrans (1990) menciona que la medición de calidad de vida usando la definición de felicidad o satisfacción depende de las percepciones de los pacientes.

Sin embargo debe observarse que felicidad y satisfacción no son sinónimos aunque son conceptos estrechamente relacionados. Es por esta razón que Ferrans (1985) elabora una categoría para medir la calidad de vida llamada felicidad / satisfacción.

Logro de Metas Personales

Otra conceptualización de lo que es la calidad de vida, es verlo como el logro de metas personales.

El logro de metas se relaciona con la dimensión de felicidad / satisfacción, pues el logro de metas es una sensación de satisfacción y el fracaso produce insatisfacción (Ferrans y Powers, 1992).

Gerson citado en Ferrans (1990) define la calidad de vida como el grado hasta el cual un individuo tiene éxito en realizar sus deseos a pesar de límites impuestos a él mismo por una naturaleza hostil o indiferente, Dios o el orden social.

Sartouris (1988) indica que el logro de metas personales es la distancia entre la posición de una persona y sus metas. Según Ferrans (1990), estas definiciones están relacionadas a las categorías de felicidad y satisfacción, ya que éstas resultan del logro de las metas del individuo y no de las metas generales que se aplican a toda la gente.

Utilidad Social

La siguiente categoría se refiere a las definiciones de utilidad social que se centran en la calidad de vida. Por ejemplo, Edlund y Tancredi (1985) definen a la utilidad social como la capacidad de llevar una vida socialmente útil. Ferrans (1990) menciona que la dimensión de utilidad social puede enfocarse en la realización de roles valorados socialmente, tales como el de ser abuelo, maestro, realizar un trabajo voluntario, ser líder, ciudadano.

Penckofer y Holm (1984) mencionan que las dimensiones de utilidad social comúnmente se enfocan en hacer contribuciones a la sociedad a través de un empleo lucrativo. Además, la utilidad social se ha valorado en términos de capacidad para funcionar en otros roles tales como hacer trabajos en casa y realizar tareas fuera de la casa, como el ir de compras y hacer diligencias (Jenkins y Bubien, 1996).

Capacidad Natural

El último rubro que se toma en cuenta para realizar la medición de calidad de vida, es el que se refiere a capacidad natural. Según Ferrans (1990) la capacidad natural se centra esencialmente en las capacidades físicas y / o mentales de una persona, además indica que este tipo de definición se utiliza para tomar decisiones respecto a tratar de salvar la vida de una persona o permitirle morir.

Mc Cormick citado en Ferrans (1990) propone el uso del potencial de las relaciones humanas como el criterio para juzgar la calidad de vida.

De acuerdo a lo anterior y siguiendo las sugerencias de Campbell et al. (1976:8), ellos afirman que:

> .....la satisfacción puede ser definida de manera precisa como la descripción percibida entre la aspiración y el logro, variando desde la percepción hasta la privación.

Además Ferrans (1992) menciona que diferentes gentes tienen valores distintos, lo que causa que los aspectos de vida varíen en su impacto en la calidad de vida.

2.1.3 Estudios acerca de la Calidad de Vida.

Para el presente estudio se seleccionaron investigaciones en donde se aplica el concepto de calidad de vida. En los siguientes párrafos se enuncian estos estudios.

Hicks, Larson y Ferrans (1992) realizaron un estudio con el propósito de comparar la calidad de vida y salud en dos grupos de pacientes con trasplante de hígado, con uno a dos años o menos del trasplante y otro con más de dos años del trasplante. El grupo estudiado estuvo formado por 35 pacientes, divididos en dos grupos. El grupo de corto plazo había sido trasplantado 24 meses antes o menos, y el grupo a largo

plazo, había sido trasplantado hacía más de 24 meses. Los resultados mostraron que ambos grupos reportaron una alta calidad de vida general relativamente buena y un estado de salud arriba del promedio. Respecto a la muestra como un todo, la calidad de vida era más alta respecto a los aspectos familiares. Y la calidad de vida más baja se encontró en el dominio socioeconómico de los grupos como un todo. Lo más sorprendente de este estudio es que muchos pacientes que tenían mala salud reportaron una alta calidad de vida.

Bliley y Ferrans (1993) efectuaron un estudio con el objetivo de explorar el impacto de la Angioplastía Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) sobre la calidad de vida percibida y la calidad de vida relacionada a la salud antes y después de la intervención. La población estudiada fue de 40 pacientes de 39 a 73 años de edad.

Los resultados se presentaron en dos momentos: a) antes y después de la ACTP. Un resultado importante, es que al mejorar su estado de salud después de la intervención de la ACTP, aumentó su calidad de vida percibida en general debido a una mayor satisfacción en el dominio de salud / funcionamiento.

Ferrans y Power (1993) efectuaron un estudio con el propósito de valorar la calidad de vida de pacientes hemodializados. La muestra estuvo conformada por 349 pacientes seleccionados al azar. Encontrando que se obtuvo una buena calidad de vida en forma general. También se encontró que la subescala familiar obtuvo un alto puntaje y la subescala salud / funcionamiento obtuvo el más bajo puntaje. Las personas de este estudio aludieron al nivel de satisfacción, estar más satisfechas con relación a su fe personal en Dios, a los hijos, a la alegría familiar y a la salud familiar. Lo más importante para los pacientes hemodializados fue la salud, el cuidado de su salud, la familia e hijos, aunque se mostraron también satisfechos con estas áreas de su vida.

Cárdenas (1995) realizó un estudio con pacientes mexicanos, con el objetivo de conocer la percepción que tenían los adultos mayores sobre la calidad de vida con el

preescrita por el médico con una participación activa en la elección y mantenimiento del régimen terapéutico (Dobkin, 1998).

Warren,(1995) define la adherencia como la dimensión por la cual la conducta del paciente coincide con la prescripción médica. Sackett (1980) menciona que la literatura sugiere que el 75% de los pacientes se adhieren cuando la terapia médica es larga. Además indica que el rango de adherencia al régimen para el estilo de vida es usualmente más bajo que para los regímenes de medicamento.

Bloom, Cerkoney y Hart (1980) indican que la clave para un buen éxito en cuanto al manejo de la diabetes, es la adherencia del paciente a la prescripción médica. Las tasas de cumplimiento descritos en enfermedades crónicas varían del 0 al 90%, situándose la media en un 50% (Samet et al. 1992).

Bloom et al. (1980) Kravitz et al. (1993) mencionan que los niveles globales de adherencia de los pacientes con diabetes parecen ser poco satisfactorios para todos, ya que sólo el 19% de los pacientes logran una Adherencia al Tratamiento. Sin embargo, Schlenk y Hart (1984) indican que menos del 10% de los pacientes con diabetes se adhieren para un buen control de su enfermedad.

El régimen de la diabetes por sí mismo conlleva todos los aspectos que hacen difícil el apegarse. Según Wing, Epstein, Nowalk, Sott y Koeske (1985), las tasas de adherencia más bajas ocurren con los pacientes que tienen padecimientos crónicos cuando el tratamiento es complejo, cuando las conductas no están directamente supervisadas y cuando el objetivo de la cura es más la prevención que la reducción de síntomas.

Lo anterior coincide con lo que menciona Strauss (1995) en cuanto a que si el régimen médico que deben llevar los enfermos crónicos es inconveniente, consume tiempo excesivo o tiene sobrecarga financiera por lo que el paciente se puede resistir.

Conway y Rutkowski, citado en Nordstrom (1995), indican que si los valores, prioridades y toma de decisiones no son compartidos con el paciente con diabetes, quizá el cumplimiento y el éxito del tratamiento no se alcance, ya que esto trae como consecuencia una autoestima baja en el paciente, pues se considera como una persona incompetente.

Los pacientes diabéticos al no cuidar su alimentación, al no realizar ejercicio y no tomar fármacos, muestran una alteración en el control metabólico y pueden desarrollar complicaciones tales como Nefropatía, Retinopatía y Neuropatía diabética (Hall, Redding, 1990). De acuerdo a la Secretaría de Salud (1999), Norma Técnica 157 para la prevención y control de la Diabetes Mellitus, el tratamiento de esta enfermedad debe incluir dieta, ejercicio físico y fármacos.

Pender (1996) define el ejercicio como una actividad física de tiempo libre; sin embargo recientemente se utiliza el otro término llamado "Estilo de Vida Ejercitante", el cual se caracteriza como una integración de numerosas cantidades de pequeños ejercicios dentro de la vida diaria.

Gill (1997) menciona que el adquirir el objetivo de un ejercicio regular depende en gran parte de un ambiente de motivación social y personal dentro de un ambiente diario de la persona. La dieta puede ser una de las conductas más difíciles de modificar, por lo tanto el control glicémico no puede ser llevado a cabo sin un control dietético (Grundy, 1998).

The American Diabetes Association (1994) indica que la diabetes puede ser tratada con una variedad de regímenes farmacológicos para regular la glucosa; la combinación de diferentes medicamentos pueden ser particularmente confundidos por los pacientes, lo que hace que éste sea un punto crítico en la adherencia.

2.2.1 Factores que Influyen en la Adherencia

La cuestión de por qué los pacientes no se adhieren a regímenes, implica necesariamente un amplio rango de asuntos sociales y personales, y no sólo objetivos médicos involucrados en la adherencia (Tilloston y Smith, 1996).

Muchos investigadores han intentado identificar el no-apego de los pacientes, y también entender su conducta, enfocando sus características demográficas, psicológicas y sociales también estudiando las interacciones entre el paciente y el personal de salud.

En lo que respecta a las características demográficas, Conrad (1985) estableció que la escolaridad, la duración de los síntomas y el estado civil de los pacientes no están relacionadas al "no-apego".

En lo que respecta a características psicológicas, conductuales y de personalidad, la preocupación reside en saber por qué los pacientes no siguen las recomendaciones del personal de salud.

En el caso de la diabetes, el "no-apego" se entiende comúnmente en términos de las habilidades cognitivas del paciente para comprender los regímenes complejos y las complicaciones potenciales (Boehm et al. 1997), las motivaciones psicológicas para controlar el azúcar sanguíneo (El-kebbi et al.1996) y la falta de voluntad general para aprender sobre diabetes, niveles de glucosa y seguir las recomendaciones de la dieta (Jones et al. 1997; Travis, 1997).

Según Lutfey y Wishner (1999), en el tratamiento de la diabetes los patrones psicológicos se manifiestan de modos específicos: los pacientes se resisten a regímenes porque no quieren controlar su alimentación diaria y sus patrones de vida; ellos son insuficientemente educados acerca del manejo de la diabetes o,

simplemente, los pacientes tienen un entendimiento distinto del manejo de su diabetes basados en diferencias socioculturales entre ellos y el personal de salud.

Sin embargo otras teorías incorporan asuntos sociales amplios en lugar de enfocar estrictamente las características de personalidad individual de los pacientes. The Health Belief Model (el modelo de creencia en salud), de Pham et al. (1996) abordan la influencia de las creencias de los pacientes sobre las decisiones que toman en cuanto a su régimen, en donde las creencias de salud incluyen asuntos tales como: no entender la susceptibilidad a la enfermedad y la eficiencia percibida de los medicamentos. En el cuidado de la diabetes la creencia de salud de los pacientes acerca de los beneficios a largo plazo del control glicémico son particularmente sobresalientes para entender el "apego" (Boyer et al. 1996).

Por otra parte, The Socio-Behavioral Model (el modelo socio-conductual) de Andersen, (citado en Lutfey y Wishner (1999), enfoca los recursos sociales y económicos que permiten a la gente buscar y seguir el consejo médico. Debido a que la diabetes es una enfermedad cara, las limitaciones económicas de los pacientes también son consideraciones importantes para entender el "apego".

En lo referente al contexto social de la vida de los pacientes, existen una serie de estudios que abordan las razones lógicas por las cuales no podrían seguir el consejo médico. Por ejemplo, Hanson et al. (1995) mencionan que sin una familia o la falta de un trabajo, sean la causa de falta de apoyo social para llevar acabo un estilo de vida activo y sano. Por otra parte Fitzgerald et al. (1997) indican que la incomodidad de comer en forma distinta o planear sus comidas diferentes a la de la familia, o la falta de tiempo para manejar todas las partes del régimen, son las causas de tipo social que conlleva a que el paciente no se "apegue".

Naidoo (1986) menciona que para que las personas tengan una conducta de adherencia terapéutica (medicamento, y estilos de vida), el individuo debe escoger su estilo de vida, además que él mismo tenga la posibilidad y libertad de elegirla y

cambiarla a su voluntad. Es decir, asume que la salud es un problema de responsabilidad y libertad individual.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que la perspectiva que se tiene del paciente al "no-apego", busca resolver esta situación cambiando la conducta del paciente, y así mejorar el control de la glucosa. Además, la Adherencia al Tratamiento constituye una conducta compleja individual en la que intervienen numerosos factores concomitantes.

2.3 Control Glicémico

Una de las metas más grandes en el cuidado del paciente con diabetes es el control metabólico. Esto es generalmente evaluado mediante el nivel de glucosa en sangre, lo que nos permite identificar si existe un control y a su vez un resultado adecuado con el tratamiento que sigue el paciente.

Weinger et al. (1995) mencionan que el control metabólico es el establecimiento de valores normales de glucosa, lo que permite al cuerpo mantener las funciones de manera óptima, ya que un nivel alto o demasiado bajo de azúcar representa un daño grave a la salud de la persona con diabetes.

Al mantener el control metabólico, los pacientes evitan complicaciones relacionadas con la diabetes, como problemas en riñones (nefropatía), falta de sensibilidad en piernas (neuropatía), afectación de los ojos (retinopatía), así como daño en arterias (arteriosclerosis), lo cual representa un mayor riesgo para tener un ataque cardíaco y/o embolia cerebral.

Wikblad et al. (1996) refieren que lograr un control metabólico es muy difícil, pero es factible, debido a que muchas veces no se cuenta con la información necesaria que se requiere para llevar a cabo este control.

De acuerdo a lo anterior, es necesario que el paciente con diabetes esté consciente que puede realizar un esfuerzo para mantener sus niveles de azúcar normales y tener como meta una buena salud.

Existen varias pruebas de laboratorio que ayudan a saber si existe un control eficiente de los niveles de azúcar en el organismo. De éstas, la más usada es la hemoglobina glucosilada. Con esta prueba de laboratorio se puede medir de manera objetiva y reproducible el nivel de azúcar en sangre. El nivel de hemoglobina glucosilada da una estimación del nivel promedio de azúcar, demostrando ser un valioso instrumento de valuación y, por lo tanto, permite predecir riesgos futuros por las complicaciones crónicas propias de la diabetes.

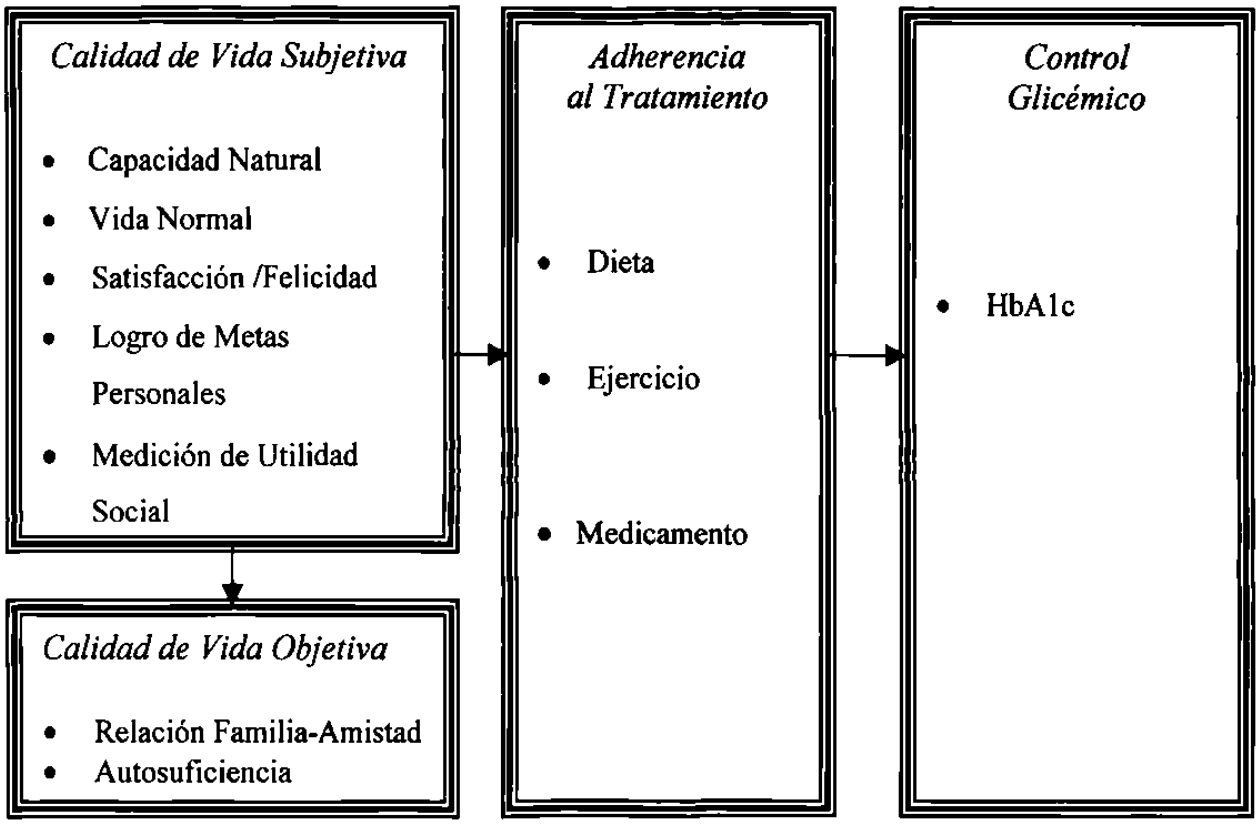
La hemoglobina glucosilada refleja un valor promedio de glucemia de aproximadamente dos meses anteriores al día que se realiza la toma de muestra sanguínea del paciente. El realizar este examen de laboratorio permite determinar el control metabólico del paciente, si este ha sido estable y a su vez permite medir el éxito del tratamiento.

La prueba está basada en el hecho de que la glucosa al estar en circulación en el mismo "espacio" que la hemoglobina se une de manera no enzimático y de forma irreversible con ésta, proporcionalmente a la concentración de glucosa prevalente durante seis semanas previas a la medición (González et al. 1998).

La hemoglobina glucosilada se expresa como un porcentaje de la hemoglobina total. Los niveles deseados son muy específicos: por abajo del 7% se considera al paciente con diabetes controlada, del 7% al 8% se expresa un control regular en sus niveles de azúcar, y por arriba del 8% se considera un mal control de los niveles de azúcar.

La interrelación de los conceptos de este estudio se muestran en la Figura 2. El esquema de medición de las variables del estudio, están representadas en el Anexo 1.

FIGURA 2



CAPÍTULO 3

Metodología

3.1 Hipótesis

Una buena calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 se relaciona positivamente con el control glicémico del padecimiento.

3.2 Diseño del estudio.

El diseño del estudio fue explicativo en el cual se emplearon análisis estadísticos paramétricos y no paramétricos. Este diseño es apropiado para encontrar las razones o causas que provocan ciertos fenómenos (Hernández, S 1998)

3.3 Población

La población de interés para el estudio la constituyen hombres y mujeres con el diagnóstico de diabetes tipo 2, identificados por personal de salud de un centro comunitario de primer nivel de atención, de una colonia del municipio de Apodaca,

N.L. Se ha elegido esta población ya que en este lugar es donde se localiza el grupo de pacientes que la autora tiene a su cargo y que representan el objeto de estudio, ya que se estuvo trabajando por un lapso de seis años y, en este marco, se observaron una serie de modificaciones en el estilo de vida que estos pacientes hacían con respecto a su padecimiento.

3.4 Participantes del estudio

La totalidad de pacientes identificados como diabéticos tipo 2 que acuden o no al grupo de pacientes diabéticos del centro comunitario de una colonia del Municipio de Apodaca, N.L.

El tamaño de la población fue de 160 sujetos. Sin embargo se anticipó que entre un 5% y 10% fuera abandono.

3.5 Criterios de inclusión

A) Hombres y mujeres con el diagnóstico de diabetes tipo 2.

Criterios de exclusión

A) Personas que rechazaron participar.

3.6 Instrumentos

Para la medición de la Calidad de Vida Objetiva se utilizaron dos instrumentos estandarizados, uno elaborado por la autora de la investigación y un instrumento adaptado por la autora para el presente estudio.

3.6.1 *Instrumento para medir la Calidad de Vida Subjetiva.*

Ferrans y Powes (1985) diseñaron un instrumento que capta la importancia diversa de las dimensiones de una manera muy estructurada, midiendo la calidad de vida de las personas así como de aquellas que están presentando una enfermedad.

El índice de calidad de vida (ICV), es un instrumento que mide la calidad de vida tomando en cuenta los dominios de vida observados por los expertos, la evaluación subjetiva de la satisfacción con los dominios y la importancia única de cada dominio para el individuo.

La validez de contenido de las preguntas del Índice de Calidad de Vida (ICV) fueron apoyadas por el hecho de que las preguntas estuvieron basadas en la revisión de una amplia literatura relacionada la calidad de vida y en los reportes de pacientes, considerando la calidad de sus vidas (Ferrans y Powers, 1985).

Para validar el constructo, la validez convergente del ICV fue apoyada por una fuerte correlación entre los puntos totales del ICV y la medición de la satisfacción de vida de (Campbell et al. 1976) (r = .61, .65, .75, .80, .83, .93) (Biley y Ferrans, 1993; Ferrans y Powers, 1985; Ferrans y Powers, 1992; Anderson y Ferrans, 1997; Ferrans, 1990).

Una evidencia adicional para validar el constructo fue obtenida mediante un análisis de factores. El análisis de factores reveló cuatro dimensiones subyacentes del ICV: Salud y Funcionamiento, Social-económico, Psicológico-espiritual y Familia. El análisis de factores explicó el 91% del total de varianza. El análisis de factores de los cuatro primeros factores, reveló un alto orden de factores, los cuales representaron la calidad de vida (Ferrans y Powers, 1992).

La consistencia interna de la escala total del ICV fue apoyada por un alpha de Cronbach en un rango desde .85 hasta .98, en dieciocho estudios. El alpha de Cronbach para las cuatro subescalas han sido publicadas en seis estudios, los cuales han provisto un apoyo para la consistencia interna de las subescalas. Los rangos alpha desde .70 hasta .92 para la subescala Salud y Funcionamiento; desde .73 hasta .89 para la subescala Socio-económico, y desde .80 hasta .93 para la subescala Psicológico-espiritual. Para la subescala de Familia, los alfas fueron

aceptadas altamente en cinco estudios, con rangos desde .66 hasta .83 (Ferrans y Powers, 1992).

El instrumento de índice de Calidad de Vida (ICV) consta de dos secciones: una de la satisfacción con varios dominios de vida y el otro mide la importancia del dominio para el sujeto.

La sección de satisfacción y de importancia tiene 32 puntos que valoran las siguientes áreas; atención a la salud, salud física y funcionamiento, matrimonio, familia, amigos, stress, estándar de vida, ocupación, vocación, tiempo libre, jubilación, paz espiritual, fe personal, metas de la vida, apariencia personal, autoaceptación, felicidad general y satisfacción general. Los sujetos responden a cada pregunta en una escala de seis puntos tipo Likert que van desde "muy satisfecho" hasta "muy insatisfecho", para las preguntas de satisfacción, desde "muy importantes" hasta "nada importante" respecto a las preguntas de importancia (Ferrans y Powers 1985:17).

Conociendo los resultados positivos obtenidos del índice de Calidad de Vida (ICV) en cuanto a su confiabilidad externa y su consistencia interna aplicada a personas sanas y enfermas, motivó a que este instrumento fuera utilizado con otras muestras y poblaciones, ahora de origen mexicano.

De acuerdo a lo anterior, para poder utilizar el instrumento sobre el índice de Calidad de Vida Diabetes versión III Ferrans y Powers (1994) en su versión en inglés, se pidió la autorización a los autores del instrumento en una carta elaborada por la autora de este estudio (ver anexo 5). Se le realizaron modificaciones mínimas de traducción al instrumento para poder ser aplicado a la población que se investigaba.

En esta investigación, se tomó a la calidad de vida como variable independiente, esperándose encontrar resultados similares.

Cronbach de .8479 (ver tabla 3).

3.6.3 Instrumento para medir Adherencia al Tratamiento

Para valorar la *Adherencia al Tratamiento* se utilizó una guía de observación domiciliaría, en la que se le cuestionó a un familiar cercano, si el paciente llevaba a cabo una dieta específica para el padecimiento, si realizaba ejercicio y si tomaba el medicamento. Esto permitió valorar aspectos del estilo de vida de la persona con diabetes tipo 2 (ver anexo 4).

3.6.4 Control Glicémico (Prueba de hemoglobina glucosilada)

Para medir los niveles de glucosa en sangre se utilizó la prueba de laboratorio llamada *hemoglobina glucosilada.* La cifra de HbA1c se midió a través del sistema de ensayo Resina de Intercambio Catiónico, la especificidad del reactivo es de 96%.

Esta prueba da una estimación del nivel promedio de azúcar de aproximadamente dos meses anteriores al día que se realiza la toma de muestra sanguínea del paciente. Dicha prueba se efectúa con el fin de conocer el control deseado y poder añadir cambios en el tratamiento.

La prueba está basada en el hecho de que la glucosa, al estar en circulación en el mismo "espacio" que la hemoglobina, se une de manera no enzimática y de forma irreversible con ésta y de manera proporcional a la concentración de glucosa prevalente durante seis semanas previas a la medición.

La hemoglobina glucosilada se expresa como un porcentaje de la hemoglobina total. Los niveles deseados son muy específicos ya que por abajo del 7% al 8% se expresa un regular control en los niveles de azúcar, y por arriba del 8% se considera un mal control (González Villalpando y colaboradores, 1988).

3.7 Definiciones Operacionales de las variables de estudio

Calidad de Vida Subjetiva: Es el puntaje obtenido basándose en el número de reactivos sugeridos en el instrumento de Índice de Calidad de Vida Diabetes Versión III de Ferrans y Powers, en una escala de Likert.

Calidad de Vida Objetiva: Es el puntaje obtenido de una serie de preguntas en donde se le cuestionaba al paciente acerca de situaciones de la vida diaria en donde respondía "¿Qué tan capaz?" o "¿Con qué frecuencia?", en una escala de Likert de 1-4.

Adherencia al Tratamiento: Es el puntaje total acumulado de catorce preguntas en un formato de sí o no.

Control Glicémico: Se refiere a un buen control y mal control glicémico. Cuando las cifras de *hemoglobina glucosilada* se encuentran igual o por abajo de 10%, se menciona que existe un buen control glicémico del paciente. Mientras que un mal control se expresa con un porcentaje de *hemoglobina glucosilada* arriba de 10.1%.

3.8 Procedimiento para el levantamiento de datos

Se realizó una prueba piloto con 30 sujetos para valorar la consistencia interna de los instrumentos. Se visitó a las participantes del estudio en su domicilio para explicarles el objetivo del estudio y solicitarles su autorización, el sujeto quedó en libertad de aceptar o negarse a participar en el estudio, la autora de la investigación aplicó los instrumentos, el tiempo invertido al aplicar los instrumentos fue de 35 a 45 minutos.

Para el levantamiento definitivo de datos se procedió a localizar a los participantes del estudio, se utilizó una lista de pacientes que tenía el centro de salud en la colonia donde se realizó la investigación. Dicha lista contenía los nombres y direcciones de los pacientes con diabetes tipo 2. Luego se les realizó una visita a su hogar, en donde se les invitaba a participar en el estudio y se les explicaba en qué consistía.

Los participantes si aceptaban colaborar en la investigación, debían firmar la hoja de consentimiento. Posteriormente se les entregaba una hoja donde se les mencionaba el día, la hora y las características que debía tener el paciente para la toma de la muestra sanguínea.

El paciente que daba su consentimiento y que no asistía a la cita para la toma de la muestra sanguínea, iba pasando hasta el final de la lista y luego se le realizaba una nueva visita, en la que se le volvía a explicar en que consistía el estudio y se le daba una nueva cita. El paciente que daba su consentimiento, pero que por algún estado de incapacidad (por ejemplo, ceguera o amputación de piernas) no podía asistir a la cita, se optaba por tomar la muestra sanguínea en su hogar. Todas las personas que estaban en la lista fueron visitadas y ninguna rechazó participar. Sólo dos pacientes habían fallecido y uno había cambiado su residencia a otro estado del país.

El día de la toma de la muestra sanguínea se aplicaban los tres instrumentos: el de *Calidad de Vida Subjetiva, Calidad de Vida Objetiva,* así como el de *Adherencia al Tratamiento* en la casa del paciente. En los dos primeros se utilizó la entrevista directa y en el tercero se utilizó la observación directa en el hogar del paciente.

El encuestador leía a la persona cada una de las preguntas, así como las opciones de respuestas. La respuesta del entrevistado se registró en el instrumento correspondiente. El instrumento en el cual se utilizó la guía de observación, el encuestador debía realizar la inspección de alimentos y medicamentos en la alacena, en el refrigerador, en el cuarto del paciente, en el baño, y en la basura, en ésta última se buscaban sobrantes de comidas, para lo cual se utilizaron guantes deshechables; el encuestador marcaba en el instrumento la presencia o ausencia de lo citado anteriormente. Además en este instrumento se le cuestionaba a la persona que viviera con el paciente si éste realizaba o no el ejercicio. Al término de la entrevista se le daba las gracias al paciente y se le indicaba que a la semana siguiente recogiera su resultado.

El tiempo promedio que se empleó para la aplicación de los instrumentos fue de 35 a 45 minutos con cada paciente. La recolección de la información se realizó en un período de 13 semanas. Para ello se contó con un equipo de trabajo integrado por tres encuestadores y una persona que tomaba las muestras sanguíneas: dos licenciadas en trabajo social, una licenciada en enfermería y el investigador. A los encuestadores se les dio un entrenamiento sobre la aplicación de los instrumentos y a la persona que tomaba la muestra sanguínea se le dio el entrenamiento técnico. El tiempo empleado para estos entrenamientos tuvo una duración de tres días.

Durante la etapa de recolección de datos, el investigador corroboró la información recabada por el personal encuestador, supervisó la aplicación de los instrumentos, visitó a los pacientes en su hogar y efectuó la aplicación de los instrumentos.

3.9 Ética del Estudio

De acuerdo a lo establecido en el artículo 17, capítulo II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SSA,1987), el presente estudio se considera una investigación con riesgo mínimo porque se obtuvo el registro de datos a través de la aplicación de instrumentos y utilización de un procedimiento de enfermería (toma de muestra sanguínea). Una vez seleccionados los sujetos diabéticos tipo 2, se solicitó verbalmente y por escrito, y sin presión de ningún tipo la participación voluntaria en el estudio; el consentimiento se obtuvo cumpliendo con lo dispuesto en el artículo 20 del citado reglamento (Ver anexo 6).

Cada participante quedó en libertad de aceptar o rechazar su participación, así como el momento en que decidiera desertar del estudio.

3.10 Plan de Análisis

Los datos cuantitativos se procesaron por medio electrónico. Se utilizó el paquete

computacional SPSS y se obtuvieron pruebas de correlación Kendall's tau_b y Pearson. La estadística inferencial que se utilizó fueron pruebas paramétricas (regresión logística) y no paramétricas (Chi cuadrada).

Capítulo 4

Análisis e Interpretación de Datos

Los resultados que se reportan en el presente estudio, corresponden a 157 personas con Diabetes tipo 2 que habitan en la colonia La Noria del Municipio de Apodaca, N.L.

Los resultados se presentan en los siguientes apartados:

4.1Características Sociodemográficas de la población estudiada

4.2 Validación y Correlación de los instrumentos aplicados

- 4.2.1 Validación del instrumento de Calidad de Vida versión III de Ferrans y Powers
- 4.2.2 Validación del instrumento denominado Calidad de Vida Objetiva
- 4.2.3 Validación de la adaptación del instrumento llamado Guía de Observación
- 4.2.4 Correlación de los instrumentos utilizados en el estudio
- 4.2.5 Resultados Primer Nivel de Análisis:

4.3 Estadísticas Inferenciales

- 4.3.1 Pruebas no paramétricas (Kendall's tau_b y la Chi Cuadrada)
- 4.3.2 Pruebas paramétricas (Regresión Logística).

4.1 Características Sociodemográficas de la población estudiada

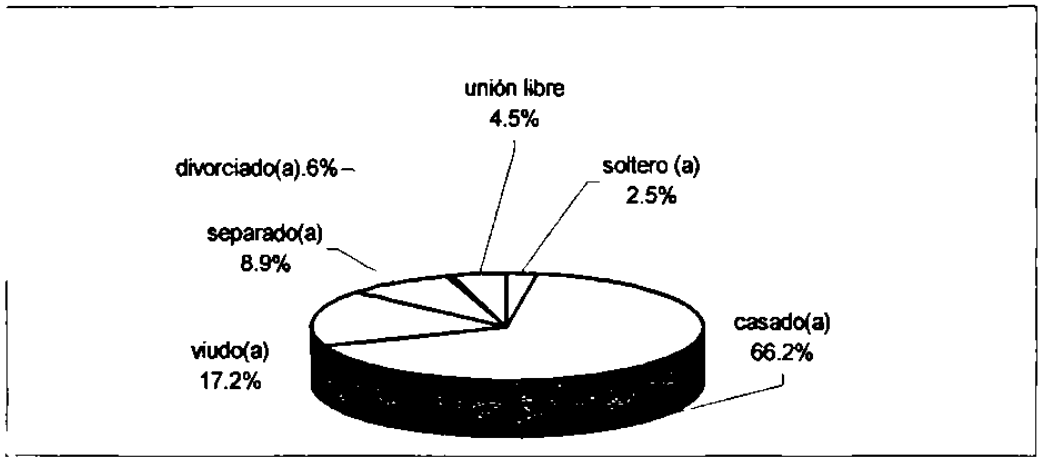
La siguiente información presenta los datos descriptivos de los pacientes diabéticos tipo 2. Se presentan datos relacionados con las características demográficas de los participantes en este estudio.

Tabla 1. Participantes por sexo

Sexo	Número
Hombres	41
Mujeres	116

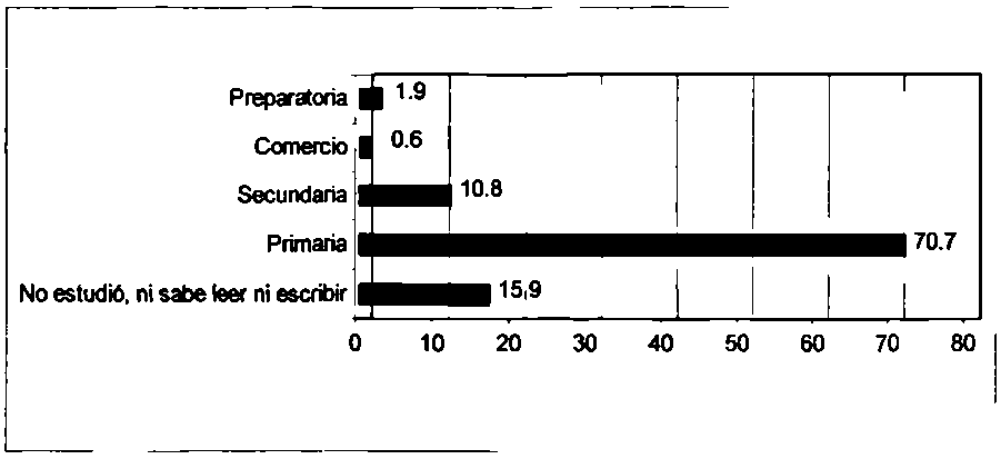
La población de estudio (ver tabla 1) estuvo conformada por 157 personas de los cuales 116 (73.9%) pertenecen al sexo femenino y 41 (26.1%) son de sexo masculino.

Gráfica 1. Estado Civil



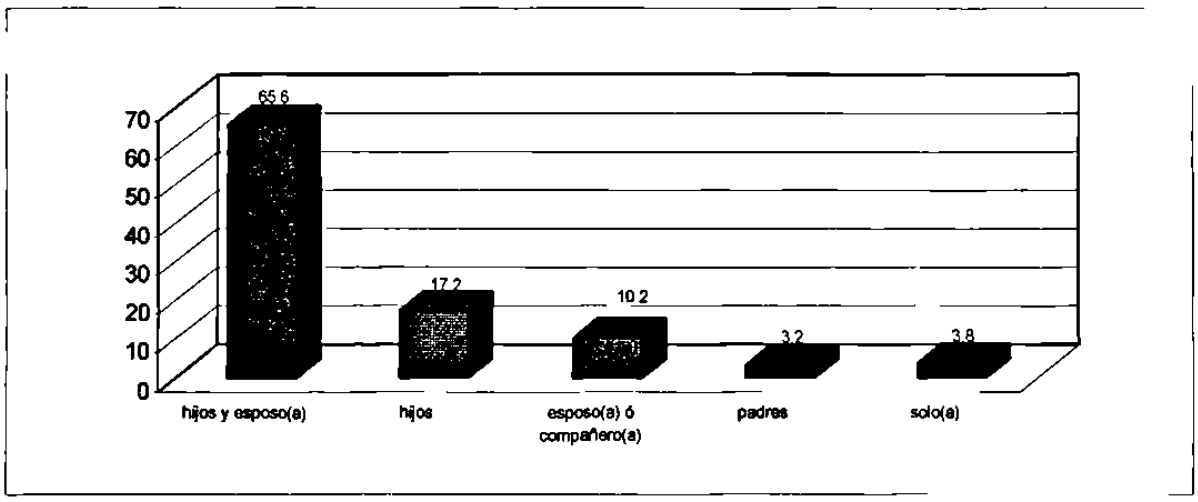
Respecto al estado civil de la persona, éste se clasificó en seis categorías: el 66.2% dijeron estar casados, el 17.2% viudos, el 8.9% separados, el 4.5% mencionaron estar en unión libre, el 2.5% dijeron ser solteros y el .6% de los participantes estudiados mencionaron ser divorciados (ver Gráfica 1).

Gráfica 2. Escolaridad



Referente a la escolaridad, las personas manifestaron poseer la siguiente escolaridad: 70.7% indicaron tener estudios de primaria, el 15.9% mencionaron no saber leer ni escribir, el 10.8% mencionaron poseer estudios de secundaria, el 1.9% indicaron tener estudios de preparatoria, y el .6% tienen estudios de comercio (ver Gráfica 2).

Gráfica 3. Personas que viven de manera permanente con el participante del estudio.



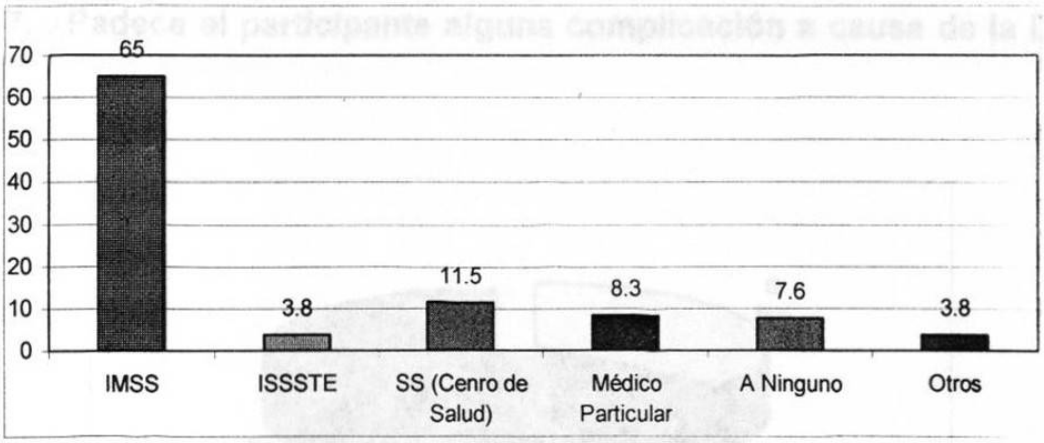
En relación con las personas que viven de manera permanente con el participante del estudio se obtuvieron los siguientes porcentajes (ver Gráfica 3): el 65.6% de los participantes dicen vivir con su esposo(a) e hijos, el 17.2% de los participantes

entrevistados, mencionaron vivir con los hijos, el 10.2% indicaron vivir con su esposo(a) y /o compañero(a), el 3.8% de los participantes viven solos y sólo el 3.2% viven con sus padres.

Gráfica 4. Número de Hijos

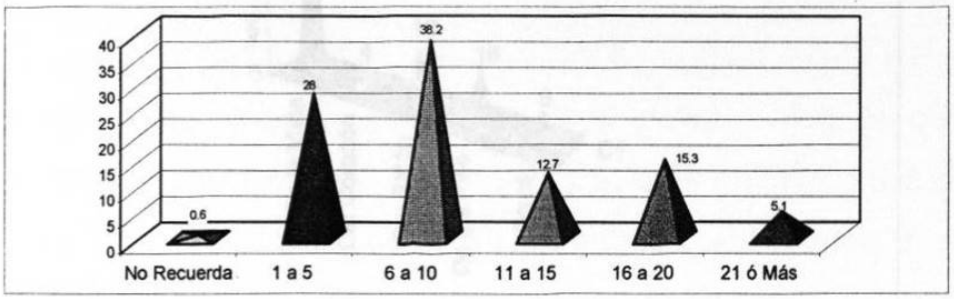
En cuanto al número de hijos que tienen los participantes entrevistados, se indica lo siguiente: el 49% de ellos tienen entre 4 y 6 hijos, el 26.8% tienen 7 o más hijos, el 23.6% tienen entre 1 y 3 hijos y el .6% menciona no tener hijos (ver Gráfica 4).

Gráfica 5. Lugar al que acude el participante para atender su diabetes



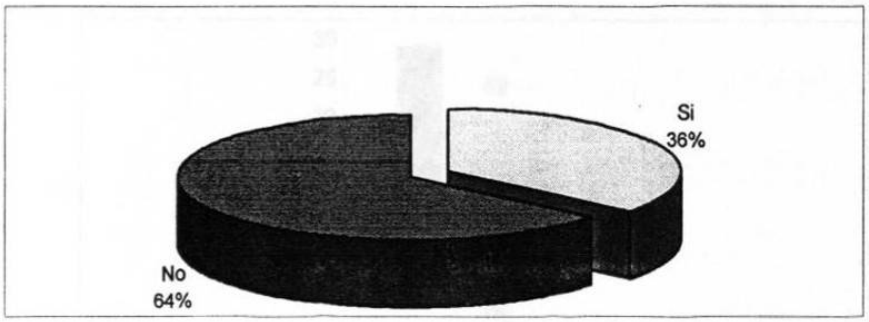
Al preguntarle a la persona ¿Adónde acude para atender su diabetes?, los participantes mencionaron lo siguiente: El 65% acude al IMSS, el 11.5% asiste al SS (centro de salud), el 8.3% va al médico particular, el 7.6% de los participantes no lleva ningún tratamiento, el 3.8% acude al ISSSTE y el otro 3.8% busca otras instituciones de salud para atender su diabetes (ver Gráfica 5).

Gráfica 6. Tiempo de haber sido diagnosticada la diabetes, tiempo representado en años



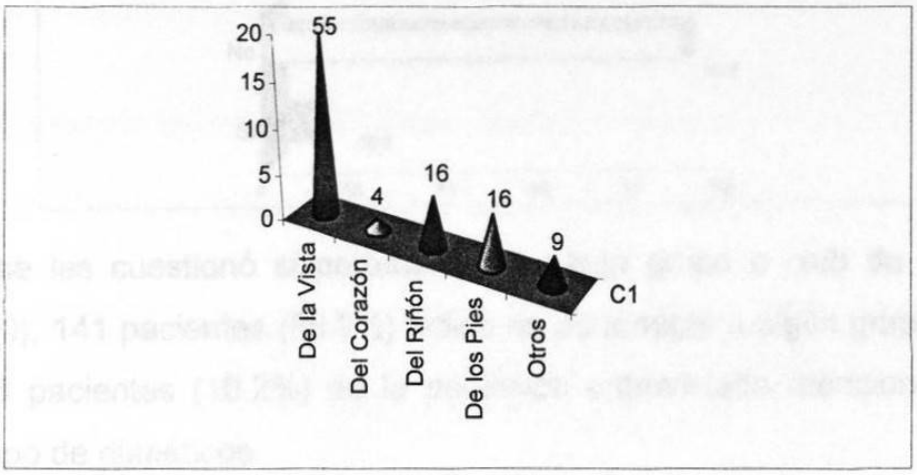
Cuándo se les preguntó ¿cuánto tiempo tiene de diagnosticada su diabetes?, se obtuvo lo siguiente: el 38.2% dice tener entre 6 y 10 años de padecerla, el 28% menciona que tienen entre 1 y 5 años de tener diabetes, el 15.3% de la población indica que el tiempo de padecer diabetes es entre 16 y 20 años, el 5.1% menciona tener diabetes desde hace más de 21 años o más y el .6% de la población no recuerda desde cuando fue diagnosticada su diabetes.

Gráfica 7. ¿Padece el participante alguna complicación a causa de la Diabetes Tipo 2?



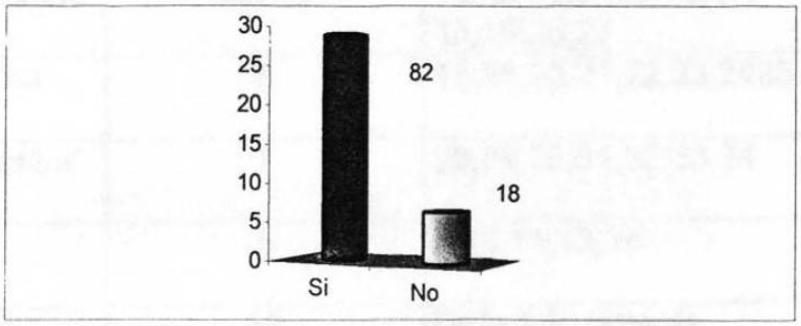
En relación a las complicaciones de salud a causa de la diabetes, el 64.3% menciona no tener complicación alguna y el 35.7% indica tener complicaciones a causa de la diabetes (ver Gráfica 7).

Gráfica 8. Tipo de Complicación



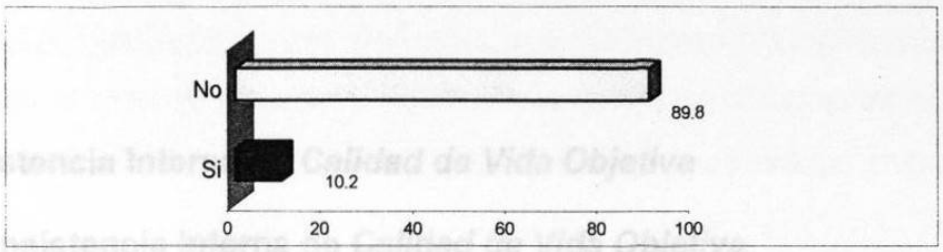
De las personas que mencionaron tener alguna complicación, se les cuestionó ¿qué tipo de complicación padecen?, Indicaron lo siguiente: el 55% mencionó tener complicación de la vista, el 16% padece del riñón, el 16% tiene complicación en los pies a causa de la diabetes, el 9% indica tener complicaciones de otro tipo tales como (presión alta, dolor de cabeza), y el 4% mencionó tener problemas del corazón (ver Gráfica 8).

Gráfica 9. Porcentaje de participantes que reciben tratamiento a causa de la complicación de su diabetes



En cuánto a quiénes reciben tratamiento a causa de la complicación de su diabetes, el 82% mencionaron que sí reciben tratamiento, mientras que el 18% no recibe tratamiento (ver Gráfica 9).

Gráfica 10. ¿ Pertenece a algún grupo o club de diabéticos?



Cuando se les cuestionó si pertenecían a algún grupo o club de diabéticos (ver Gráfica 10), 141 pacientes (89.9%) indicó no pertenecer a algún grupo de diabéticos y sólo 16 pacientes (10.2%) de la población entrevistada mencionó pertenecer a algún grupo de diabéticos.

4.2 Validación y Correlación de los instrumentos aplicados

4.2.1 Consistencia Interna del Instrumento de Calidad Índice de Vida Diabetes Versión III de Ferrans y Powers

Tabla 2. Consistencia Interna del Instrumento de Calidad Índice de Vida Diabetes Versión III de Ferrans y Powers

Subescalas y Escala Total	N°. de Preguntas	Preguntas Escala de Medición Tipo Likert (1 al 6)	Alpha de Cronbach
Salud-Funcionamiento	Índice	1,2,3,4,5,6,7,8,12,17, 18,19,26,27	.8109
Socioeconómica	8	15,16,20,21,22,23,2425	.6004
Psicológico-Espiritual	7	28,29,30,31,32,33,34	.8768
Familiar	5	9,10,11,13,14	.6500
Escala Total	68	De la 1-34 tanto de Satisfacción e Importancia	.9000

En la tabla 2, se puede observar que la confiabilidad del instrumento para este estudio fue de un alpha de Cronbach de .90. La subescala más alta fue la de *Pisológica-Espiritual* con un alpha de Cronbach de .8768 y la subescala Socioeconómica que presentó el alpha de Cronbach más bajo de .6004. Todo lo anterior coincide con los parámetros de los estudios enviados por la Dra. Ferrans y Powers.

4.2.2 Consistencia Interna de *Calidad de Vida Objetiva*

Tabla 3. Consistencia Interna de *Calidad de Vida Objetiva*

Subescalas y Escala Total	N° de preguntas	Preguntas Escala de Medición Tipo Likert (1 – 4)	Alpha de Cronbach
Relación *Familia* – Amistad	6	14,16,19,21,22,23	.8072
Autosuficiencia (propia y económica)	4	38,39,41,42	.7800
Calidad de Vida Objetiva (Total)	28	14 – 42	.8479

La escala total de *Calidad de Vida Objetiva* presentó un alpha de Cronbach de .8479. La subescala Relación Familia-Amistades obtuvo un alpha de .81, y la subescala de autosuficiencia fue de .78

4.2.3 Consistencia Interna de la Guía de Observación (*Adherencia al Tratamiento*)

Tabla 4. Consistencia Interna de la Guía de Observación (*Adherencia al Tratamiento*

Índice	Preguntas	Alpha de Cronbach
Adherencia al Tratamiento	1 - 14	.60

La consistencia interna en el instrumento de Guía de Observación fue de .60, la cual se considera aceptable por ser la primera vez que se utiliza, además de que sólo se realizan comparaciones a nivel de grupo (Polit, 1994).

4.2.4 Correlación de los Instrumentos

Para identificar el nivel de relación y significancia de las variables entre sí, se calculó el índice de correlación de Kendall's tau_b. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 5.

TABLA 5.Coeficiente de Correlación de Kendall's tau_b entre *Control Glicémico, Adherencia al Tratamiento, Calidad de Vida Objetiva, Calidad de Vida Subjetiva* y las subescalas *Funcionamiento-Salud, Socioeconómico, Psicológico-Espiritual, Familia* en los Diabéticos Tipo 2.

	Control *Glicémico*	Adherencia al Tratamiento	Calidad de Vida Objetiva	Calidad de Vida Subjetiva	Funcionamiento Salud	Socio Económico	Psicológico Espiritual
Adherencia al tratamiento	.201 **.012**						
Calidad de Vida Objetiva	.025 .760	.091 .253					
Calidad de Vida Subjetiva	.020 .799	.008 .925	.325 **.000**				
Subescalas							
Funcionamiento Salud	.057 .476	.018 .819	.261 **.000**	.784 **.000**			
Socio económico	.018 .825	.239 **.003**	.272 **.001**	.569 **.000**	.402 **.000**		
Psicológico - Espiritual	.102 .204	.167 **.036**	.133 .097	.580 **.000**	.414 **.000**	.375 **.000**	
Familia	.102 .201	.108 .178	.013 .872	.034 .670	.039 .624	.008 .916	.013 .872

Se encontró que: a) La correlación fue positiva y significativa entra *Adherencia al Tratamiento* y Control *Glicémico*: b) No existió relación de *Control Glicémico* con las subescalas *Socioeconómico* y *Psicológico-Espiritual*; c) Se asociaron *Calidad de Vida Subjetiva* con *Calidad de Vida Objetiva* y con todas las subescalas presentadas en la tabla 5.

Con el fin de verificar las variables *Adherencia al Tratamiento* y *Control Glicémico* en donde sí se encontró significancia positiva, se exploró la asociación de aquellos casos en donde existe un buen Control *Glicémico*, con el resto de la suma total de cada variable. Para este caso, se utilizó el índice de correlación de Pearson ya que la suma total de cada variable está en nivel de intervalo. A continuación, se presenta la explicación en la tabla 6.

Tabla 6. Coeficientes de Correlación de Pearson entre los participantes que obtuvieron buen control *Glicémico*, y la suma de las variables *Adherencia al Tratamiento, Calidad de Vida Objetiva, Calidad de Vida Subjetiva* y las subescalas *Funcionamiento-Salud, Socioeconómico, Psicológico-Espiritual y Familia* en los Diabéticos Tipo 2.

	Control *Glicémico*	Adherencia al Tratamiento	Calidad de Vida Objetiva	Funciona miento Salud	Socio económico	Psicológico Espiritual	*Familiar*
Adherencia al Tratamiento	.263 **.033**						
Calidad de Vida Objetiva	.103 .412	.284 **.045**					
Subescalas							
Funcionamiento Salud	.056 .655	.117 .351	.546 **000**				
Socio económico	.086 .494	.058 .646	.466 **.000**	.778 **.000**			
Psicológico Espiritual	.122 .329	.130 .229	.382 **.002**	.592 **.000**	.588 **.000**		
Familia	.041 .724	.227 .067	.015 .906	.448 **.000**	.229 .064	.227 .067	
Calidad de Vida Subjetiva	.032 .799	.027 .829	.485 **.000**	.994 **.000**	.821 **.000**	.680 **.000**	.627 **.000**

Se encontró que: a) *Adherencia al Tratamiento* se correlacionó con *Control Glicémico* positivamente (x = .26) con un nivel de significancia (< 0.05); b) *Calidad de Vida Objetiva* se correlacionó con *Adherencia al Tratamiento* positivamente con un nivel de significancia menor de 0.5; c) *Calidad de Vida Objetiva* se asoció con *Calidad de Vida Subjetiva* y con las subescalas de *Funcionamiento-Salud*, *Psicológico-Espiritual* y *Socioeconómico*; d) La subescala *Funcionamiento-Salud* se correlacionó con *Socioeconómico*, *Psicológico-Espiritual*, *Familia*, y con la *Calidad de Vida Subjetiva*; e) La subescala *Socioeconómico* se relacionó con la subescala *Psicológico-Espiritual* y con *Calidad de Vida Subjetiva*; f) La subescala *Psicológico-Espiritual* se asoció con la *Calidad de Vida Subjetiva*; G) La subescala *Familia* se correlacionó con la *Calidad de Vida Subjetiva* (ver Tabla 6).

4.2.5 Resultados Primer Nivel de Análisis (Análisis Descriptivo)

Tabla 7. Percepción que tienen las personas acerca de la Calidad Objetiva

Calidad de Vida Objetiva	Frecuencia	Porcentaje
Buena	81	51.6
Mala	76	48.4

Como se puede observar, el 48.4% menciona tener una mala *Calidad de Vida Objetiva*, mientras que el 51.6% dice tener buena *Calidad de Vida Objetiva* (ver Tabla 7).

Tabla 8. Percepción de las personas acerca de la *Calidad de Vida Subjetiva*

Índices	Tipo de Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Calidad de Vida Subjetiva	Buena Mala	79 78	50.3 49.7
Subescalas			
Funcionamiento Salud	Buena Mala	78 79	49.7 50.3
Socioeconómico	Buena Mala	73 64	46.5 53.5
Psicológico-Espiritual	Buena Mala	76 81	48.4 51.6
Familiar	Buena Mala	22 135	14 86

En la tabla 8, se puede observar que casi la mitad de las personas, es decir el 50.3%, mencionan tener una buena *Calidad de Vida Subjetiva*. Sin embargo, en las subescalas *Funcionamiento-Salud*, *Socioeconómico* y *Psicológico–Espiritual*, más de la mitad de las personas mencionan tener mala calidad de vida; algo notorio es que en la subescala *Familiar* el 86% de la población dice percibir en un gran porcentaje que tienen mala calidad de vida (véase también Tabla 9).

Tabla 9. Medidas descriptivas de las subescalas de *Calidad de Vida Subjetiva*

Medidas Descriptivas	Funcionamiento Salud		Socio Económico		Psicológico Espiritual		*Familiar*	
	Satisfac	Importancia	Satisfac.	Importancia	Satisfac	Importancia	Satisfac.	Importancia
Valor Mínimo	18	66	17	30	7	37	14	22
Mediana	76.00	80.00	39.00	41.00	41.00	42.00	30.0	30.00
Media	73.12	79.98	37.80	40.02	39.88	41.84	27.53	28.52
Valor Máximo	84	84	42	42	42	42	30	30
Rango	66.0	18.00	25.00	12.00	35.0	5.00	16.0	8.00
Desviación Estándar	9.7203	3.2522	4.3926	2.3478	4.3458	.5939	3.4391	2.5078

Como se puede observar en la tabla, la subescala *Familiar* obtuvo la mediana más baja de 30.00 tanto para satisfacción, como para importancia.

Tabla 10. *Adherencia al Tratamiento* (Guía de observación)

Índice	Tipo de *Adherencia al Tratamiento*	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia al Tratamiento	Si	65	41.4
	No	92	58.6

Como se puede ver en la tabla10, el 58.6% no se adhiere al tratamiento, mientras que el 41.4% si se adhiere tratamiento.

Tabla 11. *Control Glicémico* de las personas con Diabetes Tipo 2

Control Glicémico	Frecuencia	Porcentaje
Buen Control	66	42
Mal Control	91	58

Referente al *Control Glicémico*, el 58% resulta con un mal control, mientras que el 42% de la población estudiada obtiene un buen *Control Glicémico* (ver Tabla 11).

4.3. Estadística Deductiva e Inferencial

En esta sección se reportan: 1)Prueba no paramétrica (Chi Cuadrada) y 2) Prueba paramétrica (Regresión logística) para la prueba de la hipótesis.

En este estudio se aplicó la prueba de chi cuadrada, ya que el nivel de medición de el *Control Glicémico* no era el adecuado para un análisis correlacional, la alternativa estadística fue la Chi Cuadrada, introduciendo el *Control Glicémico* dicotomizado (ausencia y presencia de control), y las otras variables también fueron dicotomizadas utilizando la mediana como limitadora entre niveles altos y bajos. La decisión anterior fue con el propósito de contestar la hipótesis del estudio.

Prueba de Hipótesis.

Hi. Una buena calidad de vida en el paciente diabético tipo 2, se relaciona positivamente con el *Control Glicémico* del padecimiento.

4.3.1 Prueba no paramétrica de Chi Cuadrada

Tabla 12. Prueba de Chi cuadrada, para la concentración de casos por celda del *Control Glicémico* con *Adherencia al Tratamiento, Calidad de Vida Objetiva, Calidad de Vida Subjetiva* y las subescalas de *Funcionamiento-Salud, Socioeconómico, Psicológico-Espiritual, Familia.*

Índice	Valor obtenido de x^2	DF	Valor de p
Control Glicémico* y *Adherencia al Tratamiento	**6.347**	**1**	**.012**
Control Glicémico* y *Calidad de Vida Subjetiva	.065	1	.798
Control Glicémico* y *Calidad de Vida Objetiva	.094	1	.759
Control Glicémico* y *Funcionamiento-Salud	.511	1	.475
Control Glicémico* y *Socioeconómico	.050	1	.824
Control Glicémico* y *Psicológico-Espiritual	1.632	1	.201
Control Glicémico* y *Familia	1.643	1	.200

Los resultados obtenidos al aplicar la prueba de Chi Cuadrada para medir la concentración de casos por celda de *Control Glicémico* con *Adherencia al Tratamiento*, *Calidad de Vida Objetiva*, *Calidad de Vida Subjetiva* y con las subescalas de *Funcionamiento-Salud*, *Socioeconómico*, *Psicológico-Espiritual* y *Familia*, el único que fue significativo es el *Control Glicémico* con *Adherencia al Tratamiento* (*x* de 6.347 y p= .012). El resto de la variables no resultaron con asociaciones significativas.

Para corroborar la significancia que se demuestra en la prueba de Chi Cuadrada, se realizó la Regresión logística, en donde se introdujo como variable dependiente el *Control Glicémico* y como covariables *Adherencia al Tratamiento*, *Calidad de Vida*

Objetiva, *Calidad de Vida Subjetiva*, y las subescalas *Funcionamiento-Salud*, *Socioeconómico*, *Psicológico-Espiritual* y *Familia*.

4.3.2 Prueba paramétrica (Regresión Logística)

Tabla 13. Regresión logística del *Control Glicémico* con *Adherencia al Tratamiento*, *Calidad de Vida Objetiva*, *Calidad de Vida Subjetiva* y las subescalas *Funcionamiento-Salud*, *Socioeconómico*, *Psicológico-Espiritual* y *Familia* de las personas con Diabetes tipo 2.

INDICES	B	Sig.	R
Adherencia al Tratamiento	**.7973**	**.0286**	**.1143**
Calidad de Vida Objetiva	.2924	.4174	.0000
Calidad de Vida Subjetiva	-.0215	.9752	.0000
Subescalas			
Funcionamiento-Salud	-.4154	.4596	.0000
Socioeconómico	-.2288	.6009	.0000
Psicológico-Espiritual	.5436	.2028	.0000
Familia	-.4907	.3041	.0000

Como se puede ver en la tabla 12, la única variable predictora significativa (P< de .05), fue la variable *Adherencia al Tratamiento*. Los coeficientes B representan una estimación del cambio en la variable dependiente que puede atribuirse a un cambio unitario para cada una de las variables independientes. Como se puede ver, el coeficiente B más alto (.7973), fue precisamente el de la variable que tuvo una determinación significativa en este modelo de regresión logística.

El índice R, equivale a un coeficiente de correlación. Nuevamente el coeficiente de correlación reportada por la variable significativa (.1143), fue el único coeficiente de correlación que fue mayor a 0.

De acuerdo a los resultados anteriores, la hipótesis original del estudio: *Una buena calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 se relaciona positivamente con el control glicémico,* es parcialmente corroborada, ya que sólo existió relación entra la adherencia al tratamiento y el control glicémico. Por lo que se acepta la hipótesis nula.

DISCUSIÓN

Andrews y Withey (1976) señalan que las mediciones subjetivas de calidad de vida tales como percepciones y experiencias individuales son más fuertes que las medidas objetivas. Tales aseveraciones concuerdan con los datos obtenidos en el presente estudio, ya que la percepción que tienen las personas acerca de la *Calidad de Vida Subjetiva*, obtuvo un alto porcentaje de buena calidad, y si se compara la percepción que tienen acerca de la *Calidad de Vida Objetiva*, ésta muestra un porcentaje bajo de buena calidad.

En relación con la *Calidad de Vida Subjetiva* medida en las cuatro subescalas: Funcionamiento–Salud, *Socioeconómico*, Psicológico–Espiritual y *Familia*, se encontró una buena calidad de vida en la subescala *Familia.* Esto coincide con lo reportado por Hicks et al. (1992), Ferrans y Power (1993), Cárdenas (1995) y Da Silva(1997). En todos estos estudios la calidad de vida era más alta respecto a los aspectos *Familiar*es.

La subescala que reportó más bajo porcentaje de buena calidad fue la socioeconómica, y esto se corrobora con lo reportado por Hicks et al. (1992), en donde la calidad de vida más baja se encontró en el dominio *Socioeconómico* de los grupos estudiados.

En lo que se refiere a la variable *Calidad de Vida Objetiva*, menos de la mitad de la población estudiada dijeron percibir una buena *Calidad de Vida Objetiva*, este hallazgo coincide con lo citado por Hollandswarth (1988), quien menciona que un criterio objetivo de la calidad de vida se relaciona más con la cantidad (cuánto se tiene), que con la calidad de vida en sentido de plenitud de vida.

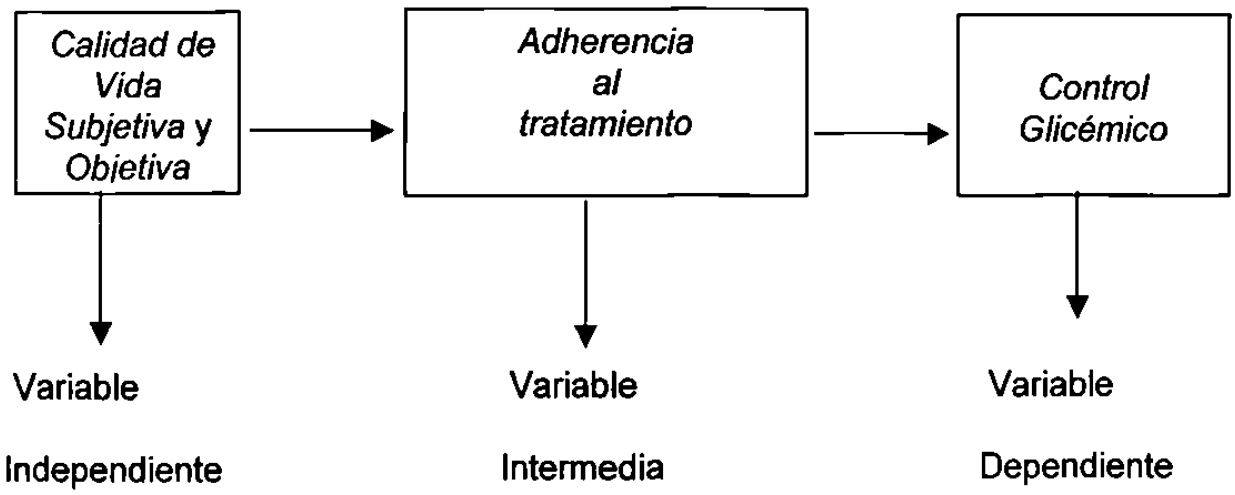
En cuanto a la variable *Adherencia al Tratamiento*, sólo cerca de la mitad de la población estudiada sí se adhiere al tratamiento. Esto se relaciona con lo indicado por Samet et al. (1992), Bloom et al. (1980), Kravitz et al. (1993) y Schlenk y Hart

(1984), ya que todos ellos coinciden e indican que la adherencia de las personas con diabetes parece ser poco satisfactorio. Todos ellos coinciden en que la tasa de cumplimiento del manejo de la diabetes se sitúa en la media de la población en un 50%; es decir que sólo el 50% de los pacientes logran adherirse al tratamiento médico.

Al estudiar la variable *Control Glicémico* se descubrió que casi menos de la mitad de las personas del estudio presentaron un buen *Control Glicémico* de su diabetes. Esto se relaciona con lo reportado por Wikblad et al. (1996), quienes refieren que para lograr un control metabólico es muy difícil, debido a que muchas veces no se cuenta con la información necesaria que se requiere para llevar a cabo este control. Además, Jonnes et al. y Travis (1997) indican que hay falta de voluntad general de las personas para aprender sobre diabetes, para saber acerca de los niveles de glucosa y para no seguir las recomendaciones médicas.

Como se mencionó anteriormente, el modelo propuesto en el presente estudio es valorar si existe una relación entre la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva* con el *Control Glicémico*

El modelo descrito es el siguiente:



El modelo anterior difiere con la relación tradicional respecto al manejo de los pacientes con diabetes, el cual consiste en ver a la Calidad de Vida como una variable dependiente y al *Control Glicémico* como la variable independiente (Green y Kreuter, 1991).

Para probar el modelo propuesto en el presente estudio, se aplicó la prueba de Kendalls_taub para indagar la relación entre la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva* con *Adherencia al Tratamiento* y con el *Control Glicémico*. Los hallazgos mostraron un efecto significativo de la *Adherencia al Tratamiento* con el *Control Glicémico* y entre la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva*. Sin embargo no resultó significativa la relación entre *Calidad de Vida Objetiva* y *Subjetiva* con el *Control Glicémico* ni con la *Adherencia al Tratamiento*.

Al aplicar la chi cuadrada y la regresión logística corroboraron de nuevo la relación significativa entre *Adherencia al Tratamiento* y el *Control Glicémico*

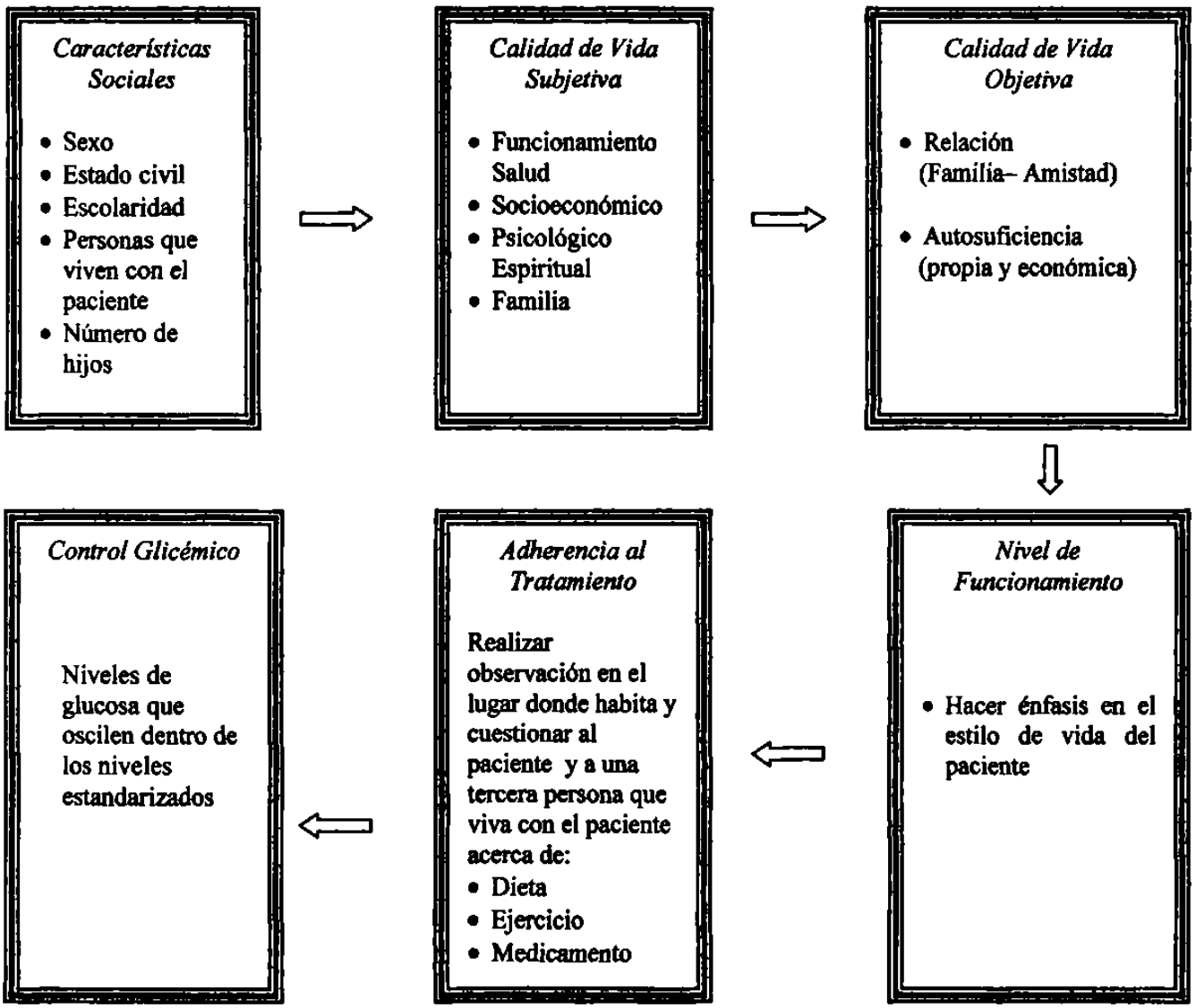
Aún y cuando existen estudios en los que se indaga la percepción que tienen las personas acerca de la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva* en diferentes padecimientos, estas investigaciones no muestran datos que apoyen una evidencia probabilística apropiada. Sin embargo en esta investigación, además de indagar cómo se percibe la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva*, se buscó establecer si la *Calidad de Vida Objetiva* y Subjetiva con sus subescalas, estaban realmente asociadas con el *Control Glicémico* y con la *Adherencia al Tratamiento*. Los estudios a los cuales la autora de la presente investigación tuvo acceso, no indican la existencia de estudios donde se haya relacionado la *Calidad de Vida Objetiva* y *Subjetiva* con el *Control Glicémico*.

Al encontrarse una relación entre *Adherencia al Tratamiento* y el *Control Glicémico*, esto sugiere que se le debe dar más importancia a los comportamientos y estilos de vida de las personas con diabetes, y esto concuerda con lo establecido por Naidoo (1986) quien menciona que el individuo con enfermedad crónica (tal como la

diabetes) debe escoger como llevar su estilo de vida y además que tenga la posibilidad y libertad de elegirla y cambiarla a su voluntad.

De acuerdo a lo establecido anteriormente, se sugiere el siguiente esquema para que el personal de salud tome en cuenta cada apartado y que de alguna manera le ayude al paciente a lograr un control glicémico.

Esquema sugerido para llevar a cabo control Glicémico



Este esquema contribuye para aclarar las alternativas y sugerencias que se hacen en la presente investigación. Esta secuencia de relaciones en el esquema se proporciona con propósitos terapéuticos generales. Sin embargo las relaciones entre los componentes del diagrama no todos resultaron estadísticamente significativas.

SUGERENCIAS

A.- Para el proceso de la Investigación

- Realizar más estudios asociando los conceptos de *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva* con el *Control Glicémico* para explorar mejor la relación de estos y que dichas relaciones sean estudiadas estadísticamente, y no solamente proponer modelos causales o relaciones de manera apriorística.

- Aplicar metodologías más adecuadas para la investigación dentro del enfoque de *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva* que tengan mayor validez de constructo y de contenido.

- Aplicar metodologías cualitativas para investigar la *Calidad de Vida Subjetiva* y *Objetiva*, por ejemplo Historias de Vida, Entrevistas a Profundidad.

- Aplicar el estudio realizado en otras poblaciones con diabetes tipo 2 de condiciones socioeconómicas media alta y alta.

- Aplicar el instrumento de *Calidad de Vida Objetiva* en otras poblaciones con el mismo padecimiento.

B.- Para el Proceso de Intervención

- En cuanto a la intervención del profesional de salud con respecto al manejo del paciente con Diabetes tipo 2, este debe dar énfasis al comportamiento y al estilo de vida de los pacientes para llevar el control adecuado del padecimiento.

- Aplicar y utilizar el instrumento de *Calidad de Vida Objetiva* elaborada por la autora de la investigación, la cual ayudará al personal de salud para conocer la presencia o ausencia de hábitos que están asociados con una *Adherencia al Tratamiento*.

BIBLIOGRAFÍA

American Diabetes Association (1994). *Managing Diabetes in the 1990's*. American Diabetes Association.

Anderson J. & Ferrans C (1997).*The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome*. Journal of Nervous and Mental Disease, 186 (6):359-367.

Andrews, F y Withey S (1976) *Social indicators of well being*. New York: Plerson Press.

Avaron J (1984) *Benefic it and cost analysis in geriatric care*. New England Journal of Medicine, 310:1294-1301.

Baltrusch H, Waltze (1987) The Quality of Life of cancer patients. New York, N.Y. Raven 25-35

Biley, A.V & Ferrans, C.(1993) *Quality of life after angioplasty. Heart &Lung*, 22(3): 193-199.

Bloom Cerkoney Ka, Hart LK. (1980) *The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus*. Diabetes Care 3(5): 594-598.

Boehm S, Schlenk EA, Funnell MM, Powers H, Ronis DL (1997) *Predictors of adherence to nutrition recommendations in people with non-insulin-dependent diabetes mellitus*. Diabetes Educ. 23:157-165.

Boyer B, Lerman C, Shipley TE, McBrearty J, Quint A, Goren E (1996) *Discordance between physician and patient perceptions in the treatment of diabetes mellitus a pilot study of relationship to adherence and glycemic control*. Diabetes Educ 22: 493-499.

Campbell A (1981) *The Sense of Well-Being in America*, McGraw Hill, New York.
Campbell, Converse P. & Rodgers W. /1976) *The quality of American Life*.Russell Sage, New York.

Cárdenas, VM, (1995) *Ancianos y Calidad de Vida*, Tesis Inédita de Enfermería, UANL Monterrey, N.L.

Castillo Alonso, M (1986) *Manual de Enfermería Comunitaria*: Rol ampliado de Enfermería. Departamento de Salud Pública. Facultad de Enfermería, 73-75 U.A.N.L.

Cella, DF (1992) *Quality of life. The concept. Journal of Paliative Care*, 8 (3): 8-13.

Conrad P (1985) *The meaning of medication*: another look at compliance. Soc Sci Med 20: 29-37.

Da Silva JV (1997) *Autocuidado y calidad de vida de adultos mayores en áreas urbano marginadas de Monterrey*, Tesis Inédita de Enfermería, UANL Monterrey, N.L.

Dimond R & Jones E (1983) *The quality of life of hemodialysis and transplant patients*. Kidney Int 22: 73-81.

Dobkin JF (1998) *You say "Adherence", I say "Compliance"*. Infect Med 15(1): 11-65.

Edlund M & Tancredi L (1985) *Quality of life: An ideological critique*. Perspective Brol Med 28:591-607.

El-kebbi I, Gael AB, Ziemer DC, Musey VC, Gallina DL, Dunbar V, Phillips L (1996): *Diabetes in urban African Americans*. V Use of discussion groups to identify barrier to dietary therapy among low-income individuals with non-insulin-dependent diabetes

mellitus. Diabetes Educ. 22: 488-492.

Ferrans C & Powers M (1985) *Quality of Life Index: Development and psychometric properties. Advances in Nursing Science*, 8:15-24.

Ferrans C, Powers M & Kasch C (1987) *Satisfaction with health care of hemodialysis patients.* Research in Nursing and Health, 10: 367-374.

Ferrans C(1990) *Development of a quality of life index for patients with cancer.* Oncology Nueding Forum, 17(3) suppl, 15-19.

Ferrans C & Powers M (1992) *Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nuesing and Health* 15: 111-119.

Ferrans C & Powers M (1993) *Quality of life of hemodialysis patients.* ANNA Journal, 20(5): 575-581.

Fitzgerald JT, Anderson RM, Funnell MM, Arnold MS, Davis WK, Aman LC, Jacober SJ, Grunberger G (1997) *Differences in the impact of dietary restrictions on African Americans and Caucasians with NIDDM.* Diabetes Educ. 23: 41-47.

Fogarty JS (1997) *Reactance theory and patient compliance.* Soc. Sci Med 45: 1277-1288.

George L, Bearon L (1980) *Quality of life in older persons.* New York: Human Sciences Press.

Gill, TP (1997) *Key issues in the prevention of obesity.* British Medical Bulletin, 53: 359-388.

González A J (1989) *Autocuidado en la Vejez.* Revista Mexicana de Geriatría y

Gerontología 2(2): 60-63.

González V, Rivera D y Torres M (1988) *Conozca dos pruebas de laboratorio que le ayudarán a lograr un buen control de su diabetes*: La hemoglobina glucosilada y la fructosamina. Diabetes Hoy. Julio-Agosto. 7(3) 36-40.

Goodnison SM & Singleton J (1989) *Quality of life*: a critical review of current concepts, measures and the clinical implications. International Journal of Nursing Studies 26(4): 327-341.

Green LW, Kreuter MW (1991) *Health promotion planning*: An educational and Environmental Approach. Mountain View, Ca: Mayfield. Second Edition.

Guerrero, R (1998) *Importance of family support in the control of glycemia*. Salud Pública México. 39:44-47.

Grundy SM (1998) *Multi-factorial causation of obesity*: implications for prevention. American Journal of Clinical Nutrition, 67 (supplement): 563:572.

Hanson CL, De Guire MJJ, Schinkel AM, Kolterman OG (1995) *Empirical validation for a family-centered model of care*. Diabetes Care. 18:1347-1356.

Hall, Reading (1990) *Enfermería en Salud Comunitaria*. Un enfoque de Sistemas. Ed. OPS/OMS, Washington, DC.

Hernández, S., C. Fernández y P. Baptista (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill (2a edición).

Hollandsworth JG Jr (1988) *Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-year update*. Social Science and Medicine. 26(4): 425-434.

Hörnquist JO (1982) *The concept of quality of life.* Scandinavian Journal of Social Medicine. 10(2): 57-61.

INEGI (1995). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Jenkins L & Bubien R (1996). *Quality of life in patients with a trial fibrillation.* Cardiology Clinics. 14(4): 597-606.

Jones DM, Remley C, Engberg RA (1996). *Development and testing off the barriers to selff-monitoring blood glucose scale.* Diabetes Educ. 22:609-616.

Keyserlingk EW (1979). *Sanctity of life or quality of life in the context of ethics, medicine and law.* Protection of life series law reform. Commission of Canada, Ottawa.

King H, Reawars M (1993). *Diabetes reporting group.* Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. Diabetes Care. 16:157-177.

Kravitz RL, Hats RD, Sherbourne CD, et al. (1993). *Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions.* Arch Int Med. 153: 1867-1878.

Lutfey KE, Wishner WJ (1999). *Beyond "Compliance" Is "Adherence".* Diabetes Care. 22(4): 635-639.

Mc Nabb WL (1997). *Adherence in diabetes*: can we define it and we measure it? Diabetes Care. 20: 215-218.

Meeberg GA (1993). *Quality of life: a concept analysis.* Journal of Advanced Nursing. 18: 32-38.

Mobereg DO & Brusek DM (1978). *Siritual well-being: a neglected subject in quality of life research.* Social Indicators Research. 5: 303.323.

Mc Call S (1975). *Quality of life. Social Indicators Research.* 2: 229-248.

Murray E & Kijek R (1990). *Personal models of diabetes and their relation to self-care activities.* The Diabetes Educator. 21(4): 300-307.

Miller L (1990). *Utility approach to measuring health-related quality of life.* Journal of chronic Disease. 40: 593-600.

Naidoo, J (1986). *Limitis to individualism.* En: Rodind, S.y A. Watt (eds.9 The Politics of Healt Education. Londres. Routledge & Keagan Paul.

Norma Oficial Mexicana NOM-015 SSA2 1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación, viernes 3 de junio de 1994.

Nordstrom M (1995). *Quality life chronic Illness.* Impact and Interventions. 2nd. Jones and Barlett Publishers, Boston / Lyndon.

OMS Organización Mundial de la Salud (1999). 14 de Noviembre Día Mundial de la Diabetes: Datos y Estadística. Internet.

Ovalle B, (1994). *Educación Base Primordial del tratamiento de la Diabetes.* Facultad de Medicina UANL.

Opong JR, Ironside RG & Kennedy LW (1987). *Perceived Quality of life in a Center:* Periphery Framework, Edmonton Area Series Report No. 52 Department of Sociology, University of Alberta, Edmonton, Alberta.

Packa DR (1989). *Quality of life of adults after a heart transplant.* Journal of Cardiovascular Nursing. 3(2): 12-22.

Penckofer S, Holm K (1984). *Early appraisal of coronary revascularization on quality of life.* Nursing Research. 33(2): 60-63.

Pender NJ (1996). *Health Promotion In Nursing Practice.* Ed. Appleton & Lange. Cap 3: 51-75.

Pham DT, Fabienne F, Thibaudeau MF (1996). *The role of health belief model in amputees' self-evaluation of adherence to diabetes self-care behaviors.* Diabetes Educ. 22:126-132.

Polit, D, Hungler, B (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud.* Editorial, Interamericana, México, D.F.

Spitz M (1987). *Utility and quality of life. Journal of Chronic Disease.* 40:593-600.

San Martín Pastor VP (1990). *Epidemiología de la Vejez.* España: Ed. Interamericana Mc Graw Hill.

Steawart AL, Ware JE y Brook RH (1981). *Advances in the measurement of functional status*: Construction of aggregate indexes. Med Care. 19: 4733-488.

Sackett DL (1980). *Is there a patient compliance problem? If so, what do we do about it?* In: Controversies in therapeutics. Lasaagna L, Ed. Philadelphia, London Toronto: W.B. Saunders Company: 552-556.

Schlenk EA, Hart LK (1984). *Health locus of control, health value, and social support in relation to compliance.* Diabetes Care. 7(6): 566-574.

Samet JH, Libman H, Steger KA, Dhawan RK, Chen J, Sheitz AH, et al. (1991). Compliance with zidovudine *therapy in patients infected with human immunodeficiency virus type 1*: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic. Am J Med. 92: 495-502.

Secretaría de Salud, Reglamento de la *Ley General de Salud* en Materia de Investigación para la Salud, Diario Oficial, México, 1987.

Secretaria de Salud. Programa Estatal de *Prevención y Control de Diabetes Mellitus.* Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Servicios de Salud, Departamento de Control de Enfermedades. Secretaría Estatal de Salud, Nuevo León, 1999

Sartorius N (1988) *The quality of life of cancer patients*. Nursing Research. 19-24.

Strauss D. (1995). *Development of scales to measure beliefs of diabetic patients.* Research in Nursing and Health. 6: 127-141.

Weinger K, Jacobson Am, Draelos MT, Finklestein DM, Simonson DC (1995). Blood *glucose estimation and Symptoms during hyperglycemia and hypoglycemia in patients with insulin-dependent diabetes mellitus.* Am J MED. 98:22-31.

Wing R, Epstein L, Nowalk M, Scott N, Koeske R (1985) *Compliance to self-monitoring of blood glucose*: a marked item technique compared with self-report. Diabetes Care. 8: 456-460.

Wikblad K, Leksell J, Wibell L (1996) *Health related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus.* Quality Life Res. 5: 123-130.

Walker D, Avant G (1988) *Cognitive function and quality of life in adult liver transplant*

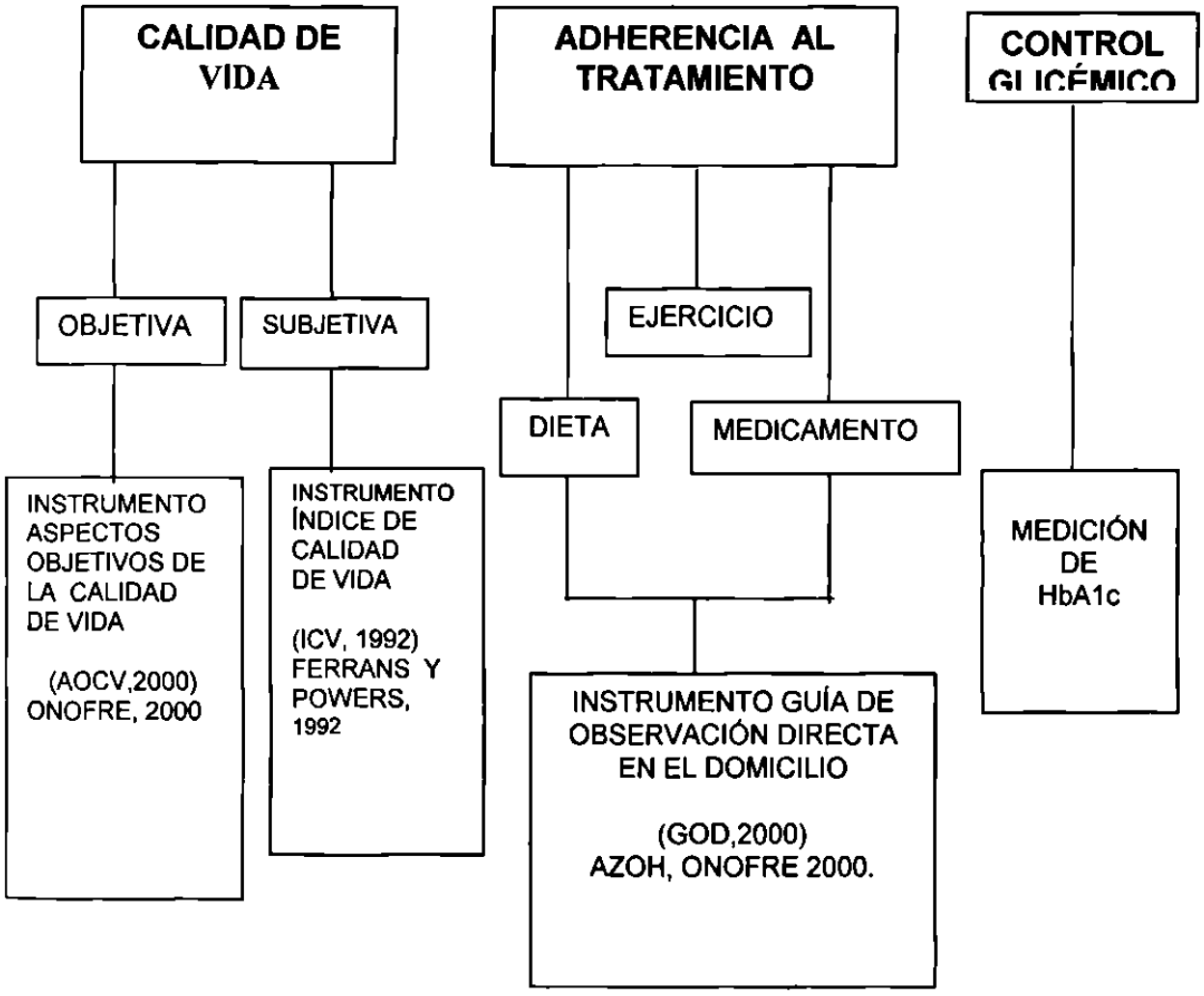
recipients. Diabetes Care. 3: 368-374.

Young K, Longman A (1983) *Quality of life and persons with melanoma*: a pilot study. Cancer Nursing. 3: 219-225.

Zimmet, P (1991) *Diabetes care and prevention-around the word in 80 days*. In:

Rifikin, H; Colwell, JA; Taylor, S.I. (EDS) Elsevier. 721-729.

Esquema de Medición de las Variables de Estudio



A N E X O 2

Ferrans y Powers
CALIDAD ÍNDICE DE VIDA©
DIABETES VERSIÓN -III

PARTE 1. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe que tan ***satisfecho(a)*** o contento(a) está usted con ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas que sean correct equivocadas.

¿QUÉ TAN *SATISFECHO* (A) ESTÁ USTED CON: ?	Muy insatisfecho	Moderadamente Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Ligeramente Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
1. ¿SU SALUD?	1	2	3	4	5	6
2. ¿EL CUIDADO DE SU SALUD?	1	2	3	4	5	6
3. ¿LA ENERGÍA QUE USTED TIENE PARA SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	1	2	3	4	5	6
4. ¿CUIDARSE A SI MISMO (A) SIN AYUDA?	1	2	3	4	5	6
5. ¿SU CAPACIDAD PARA CONTROLAR EL AZÚCAR DE SU SANGRE?	1	2	3	4	5	6
6. LOS CAMBIOS QUE USTED HA HECHO EN SU VIDA A CAUSA DE LA DIABETES (TALES COMO DIETA, EJERCICIO, TOMAR INSULINA O PASTILLAS PARA LA DIABETES, CHECAR EL AZÚCAR DE LA SANGRE).	1	2	3	4	5	6
7. ¿LA CANTIDAD DE CONTROL QUE USTED TIENE EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
8. ¿LA POSIBILIDAD DE VIVIR EL NÚMERO DE AÑOS QUE USTED QUISIERA?	1	2	3	4	5	6
9. ¿LA SALUD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
10. ¿SUS HIJOS?	1	2	3	4	5	6
11. ¿LA FELICIDAD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
12. ¿SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13. ¿SU ESPOSO (A), COMPAÑERO O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
14. ¿EL APOYO EMOCIONAL QUE USTED RECIBE DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
15. ¿SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6

(Por favor pase a la siguiente página)
© 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans y Marjorie J. Powers (No se use sin permiso).
Traducción, Adaptación y Versión en español por Dora Julia Onofre Rodríguez (2000)

¿QUÉ TAN *SATISFECHO* (A) ESTÁ USTED CON: ?	Muy insatisfecho	Moderadamente Insatisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Ligeramente Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Muy Satisfecho
16. ¿EL APOYO EMOCIONAL QUE USTED RECIBE DE OTRAS PERSONAS QUE NO SON SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
17. ¿SU CAPACIDAD DE CUMPLIR CON LAS RESPONSABILIDADES DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
18. ¿LO ÚTIL QUE ES USTED PARA OTRAS PERSONAS?	1	2	3	4	5	6
19. ¿LA CANTIDAD DE PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
20. ¿SU BARRIO?	1	2	3	4	5	6
21. ¿SU CASA, APARTAMENTO O LUGAR DONDE VIVE?	1	2	3	4	5	6
22. ¿SU TRABAJO? (SI TIENE EMPLEO PAGADO)	1	2	3	4	5	6
23. ¿NO TENER UN TRABAJO? (SI ESTÁ DESEMPLEADO, PENSIONADO O INCAPACITADO)	1	2	3	4	5	6
24.¿SU EDUCACIÓN?	1	2	3	4	5	6
25. ¿QUÉ TANTO PUEDE USTED HACERSE CARGO DE SUS PROPIAS NECESIDADES DE DINERO?	1	2	3	4	5	6
26. ¿LAS COSAS QUE HACE PARA DIVERTIRSE?	1	2	3	4	5	6
27. ¿SUS POSIBILIDADES PARA UN FUTURO FELIZ?	1	2	3	4	5	6
28. ¿SU PAZ ESPIRITUAL?	1	2	3	4	5	6
29. ¿SU FE EN DIOS?	1	2	3	4	5	6
30. ¿LOS LOGROS DE SUS METAS PERSONALES?	1	2	3	4	5	6
31. ¿SU FELICIDAD EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
32. ¿SU VIDA EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
33. ¿SU APARIENCIA PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
34. ¿USTED MISMO (A) EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6

(Por favor pase a la siguiente página)

© 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans y Marjorie J. Powers (No se use sin permiso).
Traducción, Adaptación y Versión en español por Dora Julia Onofre Rodríguez (2000)

PARTE 2. Para cada pregunta, por favor escoja la respuesta que mejor describe que tan ***importante*** es ese aspecto de su vida. Por favor marque su respuesta con un círculo alrededor del número. No hay respuestas que sean correctas o equivocadas.

¿QUÉ TAN *IMPORTANTE* ES PARA USTED: ?	Nada Importante	Muy poco Importante	Poco Importante	Ligeramente Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
1. ¿SU SALUD?	1	2	3	4	5	6
2.- ¿SUS SERVICIOS MÉDICOS?	1	2	3	4	5	6
3.- ¿TENER LA ENERGÍA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DIARIAS?	1	2	3	4	5	6
4.- ¿PODER CUIDARSE A SÍ MISMO (A) SIN AYUDA?	1	2	3	4	5	6
5.- ¿CONTROLAR EL AZÚCAR DE LA SANGRE?	1	2	3	4	5	6
6.- LOS CAMBIOS QUE HA HECHO USTED EN SU VIDA A CAUSA DE LA DIABETES (TALES COMO DIETA, EJERCICIO, APLICARSE INSULINA O TOMAR PASTILLAS PARA LA DIABETES, CHECAR EL AZÚCAR DE LA SANGRE).	1	2	3	4	5	6
7.- ¿TENER CONTROL DE SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
8.- ¿VIVIR EL TIEMPO QUE A USTED LE GUSTARÍA?	1	2	3	4	5	6
9.- ¿LA SALUD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
10.- ¿SUS HIJOS?	1	2	3	4	5	6
11.- ¿LA FELICIDAD DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
12.- ¿SU VIDA SEXUAL?	1	2	3	4	5	6
13.- ¿SU ESPOSO (A), COMPAÑERO O PAREJA?	1	2	3	4	5	6
14.- ¿EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
15.- ¿SUS AMIGOS?	1	2	3	4	5	6

(Por favor pase a la siguiente página)
© 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans y Marjorie J. Powers (No se use sin permiso).
Traducción, Adaptación y Versión en español por Dora Julia Onofre Rodríguez (2000)

¿QUÉ TAN *IMPORTANTE* ES PARA USTED: ?	Nada Importante	Muy poco Importante	Poco Importante	Ligeramente Importante	Moderadamente Importante	Muy Importante
16.- ¿EL APOYO EMOCIONAL QUE RECIBE DE OTRA GENTE QUE NO ES SU FAMILIA?	1	2	3	4	5	6
17.- ¿LAS RESPONSABILIDADES FAMILIARES?	1	2	3	4	5	6
18.- ¿LO ÚTIL QUE ES USTED PARA OTRAS PERSONAS?	1	2	3	4	5	6
19.- ¿LA CANTIDAD DE PREOCUPACIONES EN SU VIDA?	1	2	3	4	5	6
20.- ¿SU BARRIO?	1	2	3	4	5	6
21.- ¿SU HOGAR, APARTAMENTO O LUGAR DONDE VIVE?	1	2	3	4	5	6
22.- ¿SU TRABAJO? (SI TIENE EMPLEO)	1	2	3	4	5	6
23.- ¿TENER UN TRABAJO? (SI NO TIENE EMPLEO)	1	2	3	4	5	6
24.- ¿SU EDUCACIÓN?	1	2	3	4	5	6
25.- ¿SER CAPAZ DE MANEJAR SUS NECESIDADES ECONÓMICAS?	1	2	3	4	5	6
26.- ¿LAS COSAS QUE HACE PARA DIVERTIRSE?	1	2	3	4	5	6
27.- ¿TENER UN FUTURO FELIZ?	1	2	3	4	5	6
28.- ¿SU PAZ ESPIRITUAL?	1	2	3	4	5	6
29.- ¿SU FE EN DIOS?	1	2	3	4	5	6
30.- ¿LOS LOGROS DE SUS METAS PERSONALES?	1	2	3	4	5	6
31.- ¿SU FELICIDAD EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
32.- ¿ESTÁ SATISFECHO CON SU VIDA EN GENERAL?	1	2	3	4	5	6
33.- ¿SU APARIENCIA PERSONAL?	1	2	3	4	5	6
34.- ¿SER USTED MISMO?	1	2	3	4	5	6

(Por favor pase a la siguiente página)

© 1984 &1998 Carol Estwing Ferrans y Marjorie J. Powers (No se use sin permiso).
Traducción, Adaptación y Versión en español por Dora Julia Onofre Rodríguez (2000)

A N E X O 3

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ENCUESTA

Proyecto de investigación:

ASPECTOS SOCIALES Y PSICOSOCIALES DEL CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2

INVESTIGADOR RESPONSABLE:
DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

ASESOR DE INVESTIGACIÓN
DR. GUILLERMO ZÚÑIGA ZÁRATE
SUB – DIRECCÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

Aplicó la encuesta:_____

Encuesta # ☐☐☐

ASPECTOS OBJETIVOS PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

Instrucciones: Con las preguntas de este instrumento, se intenta descubrir cuestiones objetivas de la calidad de vida del paciente con Diabetes tipo 2 Su participación es importante por lo que le agradecemos su tiempo y colaboración. (Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles de respuesta una a una al entrevistado e identifique la respuesta que le fue indicada con X.)

I.- Información Sociodemográfica

Datos de Identificación

1.- Nombre:_____ No. de identificación:_____

2.- Años cumplidos. _____

1) 20-30 2)31-40 3) 41-50 4) 51-60 5) 61 o más

V2___

3.- Sexo

1) Masculino_____ 2) Femenino _____

4.-Estado Civil

V3___

1.- Soltero (a)____ 4.- Separado (a)____

2.- Casado(a) ____ 5.- Divorciado(a)____

V4___

3.- Viudo (a) ____ 6.- Unión libre____

5.- Escolaridad (último año de estudio que completó)

V5___

1.- No estudió ni sabe leer ni escribir _____

2.- Primaria _____

3.- Secundaria _____

4.- Comercio _____

5.- Preparatoria ____

6.- Profesional _____

6.- Personas que viven con usted de manera permanente.____ V6___

1) Hijos y Esposo(a) 2) Hijos 3)Esposo(a) o Compañero(a) 4) Padres 5) Hermanos 6) sola

7.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ V7___

1) 1-3 2) 4-6 3) 7 o más 4) No tiene hijos

II. Aspectos de Salud

8.- ¿Adónde acude para atender su diabetes?_____ V8___

1) IMSS 2) ISSSTE 3) SS (centros de salud) 4) Médico particular 5) No acude a ninguno 6) Otro

9.- ¿Cuánto tiempo tiene de diagnosticada su diabetes? _____ V9___

1) No recuerda 2) 1-5 3) 6-10 4)11-15 5)16-20 6) 21 o más años

10.- ¿Padece usted alguna complicación a causa de su diabetes? V10___

1) Si ____ 2) No ____

Si la respuesta anterior es no, pasar a la pregunta número 13.

11 .-¿Qué complicación padece? _____ V11___

1) De la vista ____2) Del corazón____ 3) Del riñón ____

4) De los pies ____ 5) Otros _____

12.- ¿Está recibiendo tratamiento médico por causa de su complicación? V12___

1) Si ___2) No___

13.- ¿Pertenece a un grupo o club de diabéticos? V13___

1) Si___ 2)No_____

III.- Las preguntas no son de ninguna manera una prueba, por lo tanto no hay respuestas correctas o erróneas.

14.- ¿Con qué frecuencia usted canta, silba o ríe?_____ V14___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

15.- ¿Con qué frecuencia realiza sus tareas diarias con el vigor necesario? _ V15___
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

16.- ¿Con qué frecuencia sus vecinos y/o amistades le piden ayuda a usted para resolver problemas?_____ V16___
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

17.- ¿Con qué frecuencia realiza paseos o viajes? _____ V17___
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

18.- ¿ Con qué frecuencia acude a consultar con el médico por causa de su diabetes? _____ V18___
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

19.- ¿Con qué frecuencia acostumbra a invitar a sus amistades a su casa? ___ V19___
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

20.- ¿Con qué frecuencia acostumbra a salir a pasear con sus amistades? ___ V20___
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

21.- ¿Con qué frecuencia acude a contar las cosas que le suceden a usted, a otras personas que no son su familia?____ V21___
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

22.- ¿Con qué frecuencia ha recibido ayuda de otras personas que no son su familia, cuando ha tenido problemas de cualquier tipo? _____ V22___
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

23.- ¿Con qué frecuencia se reúne con su familia en su hogar para realizar juntos alguna de las comidas?_____ V23___
4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

24.- ¿Con qué frecuencia la visitan sus familiares en su hogar? _____ V24___
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

25.- ¿Con qué frecuencia la familia se reúne para resolver problemas que que tengan en común? ____ V25

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

26.- ¿Con qué frecuencia usted y su familia pasan una gran parte del tiempo juntos?____ V26___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

27.- ¿Con qué frecuencia su familia le ayuda a llevar a cabo el tratamiento que debe seguir a causa de su diabetes?____ V27___

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

28.- ¿Con qué frecuencia se complace o se consciente usted mismo, al comprarse artículos que necesite?_____ V28___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

29.- ¿Con qué frecuencia su familia le pide ayuda a usted para la solución de problemas?____ V29___

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

30. ¿Con qué frecuencia asiste a servicios de religión?____ V30___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

31.- ¿Con qué frecuencia usted participa en celebraciones religiosas?____ V31___

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

32.- ¿Con qué frecuencia usted realiza actividades deportivas? V32___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

33.- ¿ Con qué frecuencia usted asiste a eventos socioculturales?____ V33___

4. Siempre 3. Casi siempre 2. Casi nunca 1. Nunca

34.- ¿Con qué frecuencia usted junto con su familia realiza actividades recreativas?_____ V34___

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre

35.- ¿Qué tan capaz es de mantener su apariencia personal agradable? V35__

4. Muy capaz 3. Medianamente capaz 2. Poco capaz 1. Nada capaz

36.- ¿ Qué tan capaz es usted de participar en la solución de problemas de otras personas?_____ V36__

1. Nada capaz 2. Poco capaz 3. Medianamente capaz 4. Muy capaz

37..-¿Qué tan capaz es usted de seguir las indicaciones dadas por el médico en cuanto a la dieta, ejercicio y medicamentos?____ V37___

4. Muy capaz 3. Medianamente capaz 2. Poco capaz 1. Nada capaz

38-¿ Qué tan capaz es usted de atender a su familia?_____ V38___

1. Nada capaz 2. Poco capaz 3. Medianamente capaz 4. Muy capaz

39- ¿Qué tan capaz es usted de realizar actividades sin ayuda de otras personas? _____ V39___

4 . Muy capaz 3. Medianamente capaz 2. Poco capaz 1. Nada capaz

40.-¿Qué tan capaz es de expresar cariño a las personas que más quiere? ___ V40___

1. Nada capaz 2. Poco capaz 3. Medianamente capaz 4. Muy capaz

41.-¿ Qué tan capaz es de conseguir empleo u otra actividad para ganarse la vida? ____ V41___

4. Muy capaz 3.Medianamente capaz 2. Poco capaz 1. Nada capaz

42-¿ Qué tan capaz es usted de administrar el dinero que recibe? _____ V42___

1. Nada capaz 2. Poco capaz 3. Medianamente capaz 4. Muy capaz

A N E X O 4

BASES PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN (VISITA A DOMICILIO)

OBJETIVO GENERAL

- Obtener en forma concreta elementos a domicilio que permitan valorar aspectos del estilo de vida de la persona con diabetes tipo 2, cuestionando a la persona que viva con el paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar si se consumen alimentos que requiere el diabético tipo 2, a través de la presencia o ausencia de productos que representan / ofrecen una fuente idónea.
- Identificar si se toman medicamentos ó remedios caseros para la diabetes, a través de la presencia o ausencia de éstos.
- Buscar evidencia que corrobore o no un estilo de vida activa.

LUGARES CLAVES PARA OBSERVAR

Cocina: Indagar presencia de alimentos que requieren los diabéticos tipo 2, así como la presencia de medicamentos hipoglucemiantes.

- Alacena: contenido
- Refrigerador: contenido (recomendación: usar guantes)
- Basura: contenido (recomendación: usar guantes)
- Cuarto: indagar presencia de medicamentos hipoglucemiantes.
- Mesa cercana a la cama
- Baño: Indagar presencia de medicamentos hipoglucemiantes
- Botiquín del baño
- Indicadores de actividad física
- Trajes de entrenamiento
- Tenis
- Equipo: pesas y otros accesorios

COCINA

Elementos	Indicadores: presencia vs. ausencia	Descripción	Observaciones
Alacena	Cereales bajos en grasa Si — No — Edulcorantes no calóricos Sí —No — Azúcares y grasas (miel, jaleas, dulces) Sí — No — Granos Sí — No — Medicamentos hipoglucemiantes Sí — No —		
Refrigerador	Verduras Sí — No — Frutas Sí — No — Derivados de lácteos descremados Sí — No — Carnes bajas en grasas (carnes de aves sin piel, pescado, queso cotagge y tipo panela) Sí — No —		
Basura	Envases Sí — No — Sobras Sí — No —		

CUARTO

Elementos	Indicadores: presencia vs. ausencia	Descripción	Observaciones
Mesa cerca de la cama	Medicamentos hipoglucemiantes Sí _____ No _____		

BAÑO

Elementos	Indicadores: presencia vs. ausencia	Descripción	Observaciones
Botiquín	Medicamentos hipoglucemiantes Sí _____ No _____		

Indicadores de actividad física

Preguntas a la persona con diabetes tipo 2

1. ¿Hace Ud. Algún tipo de ejercicio físico?

1) Sí _____ a) ¿Me puede enseñar los accesorios que usa para hacer esta práctica? (tenis, ropa de entrenamiento, pesas, etc.) Observar y anotar.

b) ¿Qué tipo de ejercicio? _____

c) ¿Con qué frecuencia lo realiza? _____

d) ¿Me puede demostrar qué ejercicio realiza? _____

2) No _____

¿Porqué?

Adaptación de la guía de observación elaborada para un estudio de Osteoporosis en N.L., México (Azoh,2000)

A N E X O 5

UNIVERSITY OF ILLINOIS
AT CHICAGO

Department of Medical-Surgical Nursing (MC 802)
College of Nursing
845 South Damen Avenue, 7th Floor
Chicago, Illinois 60612-7350

January 12, 2000

Lic. Dora Julia Onofre Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Trabajo Social
División de Estudios de Posgrado
Apartado Postal 2811
Cd. Universitaria
C.P. 66400 Monterrey, N.L.

Dear Ms. Rodríguez:

Thank you for your interest in the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI). I have enclosed the generic III & diabetes III version of the QLI and the computer program for calculating scores. I also have included a list of the weighted items that are used for each of four subscales: health and functioning, social and economic, psychological/spiritual, and family, as well as the computer commands used to calculate the subscale scores. The same steps are used to calculate the subscale scores and overall scores.

There is no charge for use of the QLI at this time. You have my permission to use the QLI for your study. In return, I ask that you send me any publications of your findings using the QLI. Such reports are extremely important to me.

You have my permission to translate the QLI into Spanish. I recommend using the translation and back-translation approach. In return for my permission to translate the instrument, I ask that you send me a copy of the instrument in its translated form. You may add a statement to the instrument that gives credit to you as translator. However, I will continue to hold the copyright of the instrument, and the copyright statement must remain on the translated instrument also.

If I can be of further assistance, please do not hesitate to contact me. I wish you much success with your research.

Sincerely,

Carol Eastwing Ferrans

Carol Eastwing Ferrans, PhD, RN, FAAN
Associate Professor
phone (312) 996-8445
fax (312)996-4979
e-mail cferrans@uic.edu

Most of the items have been translated into Spanish. There are only a few items on the Diabetes version that still must be translated.

A N E X O 6

Dora Julia Onofre Rodríguez
Proyecto Aspectos Sociales y Psicosociales
Del Control de la diabetes tipo 2

Hoja de Consentimiento

Considerando que las declaraciones escritas y verbales por parte de las responsables del estudio social de la Diabetes en una colonia de Apodaca, N.L. me permiten hacer un juicio informado acerca de mi participación, yo_____ acepto participar sin recibir una remuneración y doy mi consentimiento libre por escrito válido para llevar acabo las actividades de colecta de información que se requieran desde el inicio hasta la terminación indicada por ellas. También, me puedo retirar en el momento que considere que mi participación no me es conveniente.

Ciudad Universitaria. U.A.N.L.
Enero - Febrero de 2001

Firma de conformidad

Participante del estudio	Dora Julia Onofre Rodríguez Responsable	Dr. Guillermo Zúñiga Asesor

Facultad de Trabajo Social/U.A.N.L.

Tel. 83-52-13-09 y 83-76-91-77

Ética de la investigación

El privilegio y la libertad que caracterizan el compromiso a realizar estudios se acompañan de responsabilidades especialmente cuando se llevan a cabo investigaciones que involucran seres humanos. Por consiguiente, se asuma conformarse a los principios fundamentales de ética de la investigación.

Toda la información que se recoja no conlleva daños o riesgos de cualquier naturaleza para los participantes. El contenido de las entrevistas es confidencial y anónimo. El resultado obtenido de la glucosa, se le notificará a cada paciente.

El proceso de recolección se pone en marcha previa a su consentimiento libre e informado y con aclaración o información adicional a petición.

Gracias por su colaboración en el esfuerzo de incrementar las fronteras de la ciencia; ésta es de gran valor.

TIPO DE ADQUISICION
DONATIVO