



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN,
COMPLICACIONES, TIPO DE TRATAMIENTO DE LA
ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE MANTA Y
SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE MANTA.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DR. MARCOS AGUSTIN ACUÑA ESPINOZA

DR. MIGUEL ANGEL LOOR CEVALLOS

DIRECTORA: DRA. KATY SEGARRA

DIRECTOR METODOLOGICO: DR. XAVIER SÁNCHEZ

PORTOVIEJO – 2017



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, MARCOS AGUSTIN ACUÑA ESPINOZA y MIGUEL ANGEL LOOR CEVALLOS con CI 1304805862 y 1308093903 respectivamente, autores del trabajo de graduación: "EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, TIPO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD DE MANTA Y SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE MANTA", en la facultad de Medicina.

1. Declaramos tener plenos conocimientos de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la ley orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital, una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos del autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la biblioteca PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la universidad.

Quito 20 de Enero 2017


.....
Dr. Marcos Acuña Espinoza
CI: 1304805862


.....
Dr. Miguel Angel Loor Cevallos
CI: 1308093903

DEDICATORIA

En primer lugar quisiera dar gracias a Dios, ser omnipotente, quien me ha permitido tener una gran familia y poder disfrutarla día a día; Gracias a mis padres , quienes me iniciaron en esta gran travesía que se llama salud, y quienes me han apoyado incondicionalmente, gracias por confiar en mí y en mis expectativas. Gracias a mi familia, quienes me acompañaron en este gran camino de superación, apoyándome paso a paso, cuando mis fuerzas flaqueaban, ellos que supieron inculcarme dosis de esperanza y coraje; Gracias a la vida, porque cada día me permite vivir momentos de placer, admirando la perfección de la naturaleza y disfrutar que estoy vivo.

El camino para llegar aquí no ha sido sencillo, estuvo lleno de muchas dificultades, pero gracias al apoyo de mi familia principalmente, a sus aportes, su amor y su bondad, se han superado esos obstáculos.

Marcos Agustín.

A mis preciosos hijos Donna, Danaé y Daniel quienes me hacen vivir en tres dimensiones.

A Ingrid María, mi esposa, mi amor perfecto quien ha sido, es y será mi apoyo en muchos momentos de mi vida.

A mis padres, pilares fundamentales que con su amor y apoyo incondicional hicieron de mí un hombre y profesional que lucha por alcanzar sus metas en el día a día.

A mi familia extensa que me ayudo en estos años que junto a mi esposa decidimos salir de nuestra zona de confort, para emprender esta meta anhelada desde que nos graduamos del pregrado.

A mis entrañables amigos; Edie, Erika, Marcos e Ingeed que estuvieron en las buenas, malas y peores situaciones que se dieron durante estos 3 años de estudio

Les dedico estás líneas.

Miguel Ángel.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por haberme brindado una buena educación y unas inmejorables lecciones de vida.

A mi padre quien me enseñó a luchar y apoyar a las clases más desposeídas.

A mi madre por cada día hacerme ver la vida diferente y a confiar en mis decisiones.

A mi esposa, quien lucha a mi lado cada día por una familia con valores y actitudes.

A mis hijos, quienes supieron involucrarse en mis estudios y quienes vivieron junto a mí mis temores y ansiedades.

A mi directora de tesis, quien estuvo pendiente, apoyándome en la preparación de esta tesis.

A mi tutor metodológico, colaborador infatigable, gracias por sus enseñanzas y colaboración del presente trabajo.

A mis compañeros de posgrado, mi segunda familia, gracias por su amistad y colaboración en mi formación.

A todos y cada uno de aquellos que estuvieron junto a mí durante este gran proceso de superación.

Gracias, mil gracias.

Marcos Agustín.

*A Dios, por ser mi guía diaria, la luz cuando todo se oscurecía y la paz al llegar la
aurora.*

A la Dra. Katy Segarra por su apoyo y enseñanzas durante la formación.

*Al Dr. Xavier Sánchez, por su constancia y paciencia al acompañarnos en este
proceso, desde el inicio del mismo.*

A la Dra. Luisa Vaca, por su guía en el perfeccionamiento de este trabajo.

*A todos los Médicos de Familia que contribuyeron a mi formación y fueron mi
inspiración.*

*A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a quienes debo mi formación
profesional.*

A todos los médicos participantes, muchas gracias.

Miguel Ángel.

INDICE DE ABREVIATURAS

ADDQOL: Audit of Diabetes Dependent Quality of life

AVAC: Años de vida ajustada según calidad

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad

CV: Calidad de vida

CVRS: Calidad de vida relacionada a la salud

DM: Diabetes Mellitus

DM2: Diabetes mellitus tipo 2

DQOL: Diabetes Quality of life

EVA: Escala Visual Analógica

EQ-5D: Euro Qol 5 dimensiones

FDA: Food and Drug Administration

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MSP: Ministerio de Salud Pública

N: Tamaño de la población

n: Tamaño de la muestra

OMS: Organización Mundial de la Salud

OR: Odds ratio o razón de momios

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

WHOQOL: World Health Organization Quality of life

X²: Chi cuadrado

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	IV
INDICE DE ABREVIATURAS.....	VI
TABLA DE CONTENIDOS.....	1
INDICE DE TABLAS.....	3
INDICE DE ANEXOS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
CAPITULO 1.....	6
1.1 INTRODUCCIÓN.....	6
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.4 OBJETIVOS.....	10
1.4.1 General.....	10
1.4.2 Específicos.....	10
1.5 HIPÓTESIS.....	11
CAPITULO 2.....	12
2 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1.1 CALIDAD DE VIDA.....	12
2.1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) ..	16
2.1.3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	20
2.1.4 ESCALA DE MEDICIÓN.....	23
CAPITULO 3.....	27
3 METODOLOGÍA:.....	27
3.1.1 UNIVERSO.....	27
3.1.2 MUESTRA.....	27
3.1.3 Criterios de inclusión:.....	28
3.1.4 Criterios de exclusión:.....	28
3.1.5 TIPO DE ESTUDIO.....	29

3.1.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
3.1.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
3.1.8	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	29
3.1.9	ASPECTOS BIOÉTICOS	30
CAPITULO 4.....		31
4	RESULTADOS	31
4.1.1	Asociación entre características de los pacientes y dimensión movilidad 32	
4.1.2	Asociación entre características de los pacientes y dimensión de cuidado personal	35
4.1.3	Asociación entre características de los pacientes y dimensión actividades diarias	38
4.1.4	Asociación entre características de los pacientes y dimensión dolor/malestar	41
4.1.5	Asociación entre características de los pacientes y dimensión ansiedad/depresión	43
CAPITULO 5.....		46
5	DISCUSIÓN:.....	46
CAPITULO 6.....		49
6	CONCLUSIONES	49
6.1	RECOMENDACIONES	50
7	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
8	PÁGINAS COMPLEMENTARIAS	55
8.1	Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES	55
	FIRMA DEL CONSENTIMIENTO	58
8.2	Anexo 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	59
8.3	Anexo 3. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL – 5D.....	61
8.4	Anexo 4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	63
8.5	Anexo 5. CERTIFICADO DE REVISION Y REDACCION DE ABSTRACT.....	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los participantes incluidos en el estudio.	31
Tabla 2. Relación entre características de los participantes y dimensión movilidad	34
Tabla 3. Relación entre características de los participantes y dimensión cuidado personal.....	37
Tabla 4. Relación entre características de los participantes y dimensión actividades diarias.....	40
Tabla 5. Relación entre características de los participantes y dimensión dolor/malestar.....	42
Tabla 6. Relación entre características de los participantes y dimensión ansiedad/depresión	45

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado de Paciente	
ANEXO 2: Cuestionario Sociodemográfico	
ANEXO 3: Cuestionario Salud EUROQOL 5D	
ANEXO 4: Certificado de revisión y redacción de Abstract	

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles afectan la CVRS de las personas que las padecen, siendo la DM2 la más prevalente y cuyas complicaciones determinan cambios negativos en la CVRS. **(López, 2013)**

El objetivo de esta investigación fue evaluar el impacto de la DM 2 en la CVRS y analizar la influencia del tiempo de evolución desde su diagnóstico, basados en un estudio analítico transversal.

Se realizó este estudio con una muestra de 356 pacientes con DM2 de los Centros de Salud Manta y San José, con un nivel de confianza del 95%. La hipótesis fue que el tiempo de duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el apareamiento de complicaciones influye negativamente en la percepción de la CVRS en las personas que padecen de DM2. Se utilizó el instrumento EQ-5D para medir la CVRS.

Se determinó que en los pacientes que padecen de DM 2 existe afectación de su CVRS cuando ha pasado 10 años o más desde su diagnóstico, cuando hay complicaciones y si el tratamiento no es oral, esto influye de forma negativa en la movilidad, cuidado personal, las actividades diarias; se asocia con mayor frecuencia a la aparición de dolor o malestar y afecciones como ansiedad y depresión.

Palabras claves: Calidad de vida relacionada a la salud, Diabetes mellitus 2, EQ-5D.

ABSTRACT

Chronic noncommunicable diseases affect the HRQoL of those who suffer from them, with DM2 being the most prevalent and whose complications determine negative changes in HRQoL. **(López, 2013)**

The objective of our study was to evaluate the impact of diabetes mellitus 2 on health-related quality of life and to analyze the influence of the time of evolution since its diagnosis, based on a cross-sectional analytical study.

This study was carried out with a sample of 356 patients with DM2 from the Manta and San José Health Centers, with a confidence level of 95%. The hypothesis was that the duration of the disease, the type of treatment and the appearance of complications negatively influence the perception of HRQOL in people with DM2. The EQ-5D instrument was used to measure HRQL.

It was determined that in patients with DM 2 there is involvement of their HRQOL when it has been 10 years or more since diagnosis, when there are complications and if the treatment is not oral, this has a negative influence on mobility, personal care, Daily activities; Is most often associated with the onset of pain or discomfort and conditions such as anxiety and depression.

Key words: Health-related quality of life, Diabetes mellitus 2, EQ-5D

CAPITULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, un padecimiento crónico se puede definir como un desequilibrio permanente, orgánico y funcional que obliga a la persona que la sufre a realizar un cambio en su estilo de vida y que este cambio tenga que igualmente persistir en el tiempo. La diabetes mellitus tipo 2 es una de las principales enfermedades crónicas y en la actualidad presenta un incremento debido a muchos factores; entre ellos, el aumento de la expectativa de vida, el excesivo consumo de carbohidratos, sedentarismo, etc. (**Urdaneta Machado, y otros, 2012**)

A nivel psicosocial las enfermedades crónicas producen elevados niveles de estrés, lo que conlleva a un efecto negativo en la dimensión psicológica de las personas que la sufren y por ende se requiere un periodo de adaptación de parte del individuo y de parte de la familia. **(Vinaccia Alpi & Japcy, 2012)**

Según la OMS, la prevalencia de la diabetes mellitus a nivel mundial en el año 2014 fue del 9% entre los mayores de 18 años, con una gran tasa de mortalidad. Más del 80% de muerte por esta causa se registra en países de medios y bajos ingresos, quizá debido a la falta de médicos, de medicinas, a la desidia de sus autoridades, al difícil acceso a equipos de control médico, etc. **(OMS, 2015)**

A nivel de Centroamérica, El Caribe y América del Sur, se encontró una prevalencia de diabetes mellitus en mayores de 20 años del 8%, situándose casi al mismo porcentaje del nivel mundial. **(Mora Morales 2014).**

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) a nivel del Ecuador, se evidenció una prevalencia de diabetes del 2.7% para la población de 10 a 59 años, tanto para diabetes tipo 1 y tipo 2, el cual aumenta al 10.3% en edades de 50 años, es decir 1 de cada 10 ecuatorianos presenta a esa edad diabetes mellitus; en mayores de 60 años el porcentaje aumenta al 15.2% posiblemente por aumento en la expectativa de vida. **(INEC, 2011-2013)**

La prevalencia en el área urbana en relación con el área rural es de 2:1 por el sedentarismo, el consumo excesivo de carbohidratos, el estrés laboral, la presencia de preservantes en gran cantidad en los alimentos enlatados, etc. **(INEC, 2011-2013)**

Se debe de considerar además, que la enfermedad incide en la calidad de vida relacionada a la salud de las personas. El concepto de calidad de “vida relacionada a la salud” se refiere a la manera en cómo una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. **(CDC, 2012).**

Esta definición de calidad de vida se realiza en el plano biopsicosocial, donde se percibe al paciente con un enfoque integral, considerando las necesidades desde su contexto particular e individualizado; totalmente

distinto al modelo biologista que se centra mucho más en la enfermedad. La evaluación de la CVRS requiere de instrumentos, de los cuales hay un sinnúmero en la actualidad, que miden la valoración subjetiva de cada individuo sobre el estado de salud y bienestar general; los contornos más importantes a medir son: el funcionamiento físico, psicológico y social; la movilidad, cuidado personal y el bienestar emocional. **(National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2016)**

La diabetes mellitus tipo 2 afecta visiblemente la CVRS, ya sea por sí misma, por efectos o mitos del tratamiento, ya que en nuestra cultura se le tiene más temor al tratamiento; peor aún, si es basado en insulina, que a la enfermedad por sí misma. Esta enfermedad afecta a la esfera física, social, psicológica, económica de la persona quien la padece y a la familia en su totalidad, ya que la DM 2 es una entidad nosológica degenerativa que produce diversas complicaciones macroscópicas que el paciente las observa, entre ellas: heridas infectadas, amputaciones parciales o totales de miembros, pérdida de la visión, etc. **(Salazar Estrada, Gutiérrez Strauss, Aranda Beltrán, González Baltazar, & Pando Moreno, 2012)**

En estos últimos años la medición de la CVRS es muy reconocida para evaluar el impacto del tratamiento de la DM 2 y otras enfermedades crónicas, inclusive es recomendada su medición por estándares internacionales de cuidado, para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria y también por entes administrativos de la salud para planificar programas educativos que tienen como finalidad aumentar la adherencia al

tratamiento de estas enfermedades de larga evolución. **(Chaverri Cruz & Fallas Rojas, 2015)**

Se ha reportado una importante relación entre el estado emocional de un paciente y su calidad de vida. Se midió la CVRS en pacientes con diabetes tipo 2 utilizando el EQ-5D, una de las estrategias que permitió investigar la relación entre el estado clínico y el estado de salud, y evidenciar si la CVRS puede empeorar como resultado de un mal control de la glucosa en sangre, la existencia de complicaciones de la diabetes, y el tratamiento con insulina.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la diabetes es un gran problema, debido al aumento alarmante de su incidencia y prevalencia a nivel mundial. Esta enfermedad requiere un tratamiento efectivo en las esferas biológica, psicológica y social, para evitar complicaciones, pues esto acarrea gastos económicos, mayor mortalidad y menor calidad de vida. **(Grandy , Fox , & Grupo de Estudio de SHIELD, 2012)**

Ante la ausencia de estudios en nuestra población sobre calidad de vida relacionada en salud, en DM2, se decidió medir la calidad de vida en las personas que sufren la enfermedad, relacionada con una evolución antes y después de 10 años del diagnóstico inicial, se utilizó el cuestionario EQ-5D, que mide movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión. El estudio se llevó a cabo en los Centros

de Salud Manta y San José de la ciudad de Manta, pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud que tienen las personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2, antes y después de los 10 años de su diagnóstico?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud y analizar su relación con el tiempo de duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento instaurado y el apareamiento de complicaciones de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en los Centros de Salud Manta y San José de la Ciudad de Manta.

1.4.2 Específicos

Determinar la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

Evaluar el efecto del tipo de tratamiento en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

Evaluar el efecto del tiempo de evolución de la enfermedad en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

Contrastar la percepción de calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes de acuerdo al tiempo de evolución de su enfermedad.

Evaluar el efecto del aparecimiento de las complicaciones de la enfermedad, en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

1.5 HIPÓTESIS

El tiempo de duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el aparecimiento de complicaciones influye negativamente en la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

CAPITULO 2

2 MARCO TEÓRICO

2.1.1 CALIDAD DE VIDA

La CV fue definida por la OMS mediante un grupo de trabajo, World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) en el año 1995 como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, normas y preocupaciones”. **(Cardona A & Agudelo G, 2005)** , concepto que es acorde a la definición de salud que da esta misma entidad mundial.

La CV es un concepto polivalente y multidisciplinario, cuyos significados principales se han efectuados dependiendo de las diferentes disciplinas y saberes que lo utilizan como por ejemplo: médicos, filosóficos, económicos, éticos, sociológicos, políticos y ambientales. En lo referente a medicina se asocia la CV con la salud psicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad. **(Vinaccia Alpi & Quiceno, 2012)**

Se ha utilizado la medición de la CV en los grupos más vulnerables (niños y ancianos) y en la rehabilitación (prevención terciaria) de pacientes, o en estados crónicos así como terminales de las enfermedades. Ésta medición se ha documentado de forma objetiva y subjetiva, para categorizar niveles de percepción y expresión de las condiciones que los individuos tienen en

torno a la satisfacción de las dimensiones que se le evalúan en un tiempo específico. **(Salas & Garzón, 2013)**

El individuo vive en busca continua de su ideal de calidad de vida dentro de la permanente evolución en la que se encuentra, ya que ésta constituye la estabilidad entre lo que es, lo que tiene y lo que representa particularmente. Es importante tener la idea de un ser humano integral donde se equilibre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo ético, lo político, lo cultural, lo histórico, lo económico, lo espiritual y lo estético, sin que ninguna de éstas características sea superior a otra para establecer una buena calidad de vida. **(Hernández Falcón & Alba-Leonel , 2013)**

Hay características que determinan cambios en la percepción de la calidad de vida, dentro de los que destacan los factores personales y situacionales.

2.1.1.1 Factores personales que influyen en la evaluación cognitiva de la CV

En relación a los factores personales hay que tener en cuenta a: los compromisos y las creencias.

Compromiso: Capacidad que tiene una persona de cumplir con algo acordado anteriormente de forma consciente para alcanzar objetivos preestablecidos en las diversas dimensiones que integran al ser humano. Tienen que ver con algo o con alguien; por lo tanto, dependen de una relación específica entre el individuo y el entorno. **(Nava Galán, 2012)**

Creencia: Aquello en lo que se cree fielmente o la opinión que alguien posee en relación a algo o alguien. Estas pueden ser individualizadas o compartidas culturalmente; las creencias son: la fe en Dios o en otro orden natural del universo y la esperanza; esta última busca un significado a la vida a pesar de sus experiencias dolorosas **(Nava Galán, 2012)**

2.1.1.2 Factores situacionales que influyen en la evaluación cognitiva de la CV

Entre los factores situacionales que influyen la percepción de CV es relevante tener en cuenta estos factores: la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre del acontecimiento.

La novedad, se refiere a un cambio o alteración que es capaz de provocar un efecto amenazante, si la misma estuviera relacionada alguna vez con un daño material o humano. **(Nava Galán, 2012).**

La predictibilidad es un término muy amplio, propio de la ciencia, pero en el contexto de CV se refiere a uno o algunos acontecimientos que la persona estaría pensando que sucederán, pero los hallazgos no han sido adecuados para explicar el estrés psicológico que provoca en los seres humanos, en parte porque no consideran las diferencias individuales y la respuesta a este acontecimiento. **(Nava Galán, 2012).**

La incertidumbre, es una expresión que manifiesta el nivel de desconocimiento acerca de una situación, que se podría presentar en un

futuro, lo cual puede dar lugar a una respuesta estresante en la vida real, y puede provocar alteraciones en la percepción de la calidad de vida. **(Nava Galán, 2012).**

Se puede entonces confirmar que la CV es una relación causa- efecto, entre los recursos materiales y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos se tenga, mayor es la probabilidad que una persona tenga o le parezca tener una buena calidad de vida. **(Urzúa, 2010)**

Es necesario e importante saber diferenciar CV de otros conceptos, como estado funcional, satisfacción con la vida, bienestar o estado de salud, pues existen estudios en dichas áreas que pueden ser interpretadas como mediciones de CV. Para resolver este problema, investigadores en este campo han dividido la CV en sub áreas, logrando así reducir la confusión entre ésta y los factores que contribuyen a ella, impidiendo los problemas que pudieran presentarse en la identificación de los resultados entre los estudios sobre calidad e investigaciones referentes a los conceptos antes mencionados. Esta evaluación de la CV en áreas concretas de la vida de las personas, permitió la aparición de conceptos secundarios, como es la calidad de vida relacionada con la salud, que evalúa la calidad de vida derivado de la apreciación que la persona tiene de las diferentes dimensiones de su vida, considerando el impacto que algunas enfermedades tienen sobre su estado de salud. **(Arzúa M & Caqueo- Urizar, 2012)**

2.1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS)

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al terreno de los cuidados sanitarios con la visión de que el bienestar de los pacientes es un punto imprescindible tanto en su tratamiento como en su vida cotidiana.

(Urzúa, 2010)

La CVRS se define como “el efecto funcional que una enfermedad o evento de interés y su tratamiento producen sobre un paciente o sujeto, tal como es percibido por éste”. Los dominios que determinan este concepto incluyen: funcionalidad física y ocupacional; estado emocional; interacción social y percepción somática. **(Manterola, Urrutia, & Otzen, 2013)**

La CVRS está determinada por todos aquellos factores que influyen en la salud de un individuo y por lo tanto alteran la calidad de vida en forma directa. Estos aspectos pueden incluir síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, el funcionamiento físico y el bienestar, el funcionamiento social y satisfacción con la vida y la salud mental, incluyendo el bienestar emocional y el funcionamiento cognitivo. **(Peterman, Rothrock, & Cella, 2016)**

La CVRS no incluye los aspectos de la vida en general, tales como los ingresos, los recursos financieros, la nutrición y las condiciones ambientales (calidad del aire, el clima), política, libertades personales y la seguridad pública (delito). **(Peterman, Rothrock, & Cella, 2016)**

La evidencia sugiere que el uso de CVRS es muy beneficioso en la práctica clínica cotidiana, en estudios de eficacia, efectividad, riesgo o como indicador de la calidad del cuidado. Muchos investigadores plantean la utilización de la CVRS como un indicador de valoración, principalmente en las enfermedades crónicas, ya que las mediciones clínico/fisiológicas tradicionales proveen información satisfactoria para el médico clínico, pero tienen un limitado interés para el paciente, ya que brindan una escasa relación de su capacidad funcional y bienestar, áreas que son más conocidas y que provocan mayor interés en los pacientes, lo que se traduce en una mejor adherencia del paciente al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se debe poner a consideración que pacientes con características clínicas similares pueden presentar respuestas diferentes. (**Pariente Rodrigo, y otros, 2015**)

Escalas concretas para evaluar el impacto de una enfermedad severa o su tratamiento incluyen la cantidad y la calidad de vida, y la carga económica para el paciente y/o la familia (es decir, la carga financiera de la atención). Aunque la expectativa de supervivencia se consideraba el objetivo más importante entre ellos, el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida se ha convertido en la meta principal para la creación de estos instrumentos. Durante más de 30 años, la mejoría en la CVRS es uno de los beneficios más importantes considerado por la Food and Drug Administration de Estados Unidos (FDA) como el pilar fundamental para la incorporación y/o

aprobación de nuevos medicamentos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas en nuestro medio. **(Peterman, Rothrock, & Cella, 2016)**

La evaluación de la CVRS puede ser a través de:

a) Instrumentos genéricos: Son aquellos que permiten valorar el estado de salud general en cualquier población que se apliquen y se pueden emplear en distintas enfermedades. Las ventajas que ofrecen son comparar el impacto parcial de varias intervenciones y enfermedades sobre el estado de salud; así como obtener valores poblacionales de referencia. Las desventajas son: poca sensibilidad y falta de respuesta a los cambios en el estado de salud del individuo. **(Manterola, Urrutia, & Otzen, 2013)**

b) Instrumentos específicos: Se basan en aspectos de la CV típicos de una enfermedad, población, función o problema concreto. Por lo tanto, no poseen la amplitud de los instrumentos genéricos, pero son más sensibles. Su importancia radica en su capacidad de excluir lo poco relevante y en su mejor respuesta al cambio. **(Manterola, Urrutia, & Otzen, 2013)**

c) Medidas de utilidad: Tienen como principal objetivo evidenciar el estado de salud del paciente demostrando a través de puntuaciones el impacto real sobre calidad y cantidad de vida de la persona a quien se aplica el instrumento. Esta puntuación se expone en un simple valor numérico que sintetiza cada concepto de forma sencilla. Por ejemplo: QALY (en español AVAC: años de vida ajustados según calidad) y DALY (en español AVAD:

años de vida ajustados por discapacidad) **(Manterola, Urrutia, & Otzen, 2013)**

A pesar de la mayor utilización de la CVRS como un indicador fiable en la evaluación del estado de salud emitido por los pacientes en distintas enfermedades, existen aún discordancias dentro de la investigación en ésta área a la que no se le ha dado solución definitiva y que deben ser tomados en cuenta al momento de utilizar la CVRS. Pese a que existe esta disyuntiva, la utilización de un instrumento para valorar la CVRS le permite al médico clínico comprender desde el punto de vista del propio sujeto la valoración sobre su estado de salud actual o anterior, lo que facilita su rápida aplicación, y a la vez profundiza en el insondable campo del marco subjetivo de la salud humana. **(Urzúa, 2010)**

El “estándar de referencia” es que los individuos en los cuales se aplica el instrumento informen en pleno uso de sus facultades físicas y mentales su nivel de CVRS, sin embargo en ocasiones se antepone en que las personas investigadas están demasiado enfermas, son demasiado jóvenes o padecen de alteración cognitiva o conductual; situaciones en las que se puede obtener la información o mediciones por medio de terceros (cuidadores y familiares). **(Manterola, Urrutia, & Otzen, 2013)**

Debido a la gran importancia de valorar la CVRS, se hace necesario considerar el impacto que produce la DM2 en cada dimensión de la persona.

Estos datos proporcionan valiosa información que ayudarían al cuidado de la DM en una forma eficiente y apropiada.

2.1.3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Actualmente se conoce que los pacientes que padecen de diabetes, tanto la tipo 1 o la tipo 2, perciben una disminución marcada en su calidad de vida relacionada a salud comparada con personas sanas; además la calidad de vida también se ve afectada conforme avanzan los años de enfermedad, la aparición y gravedad de las complicaciones (microvasculares y macrovasculares); y esta alteración en la calidad de vida interviene de forma negativa en la estabilidad metabólica del paciente. La utilización de instrumentos para evaluar la calidad de vida específica en personas con Diabetes es de reciente aplicación. Por esta razón, no existe aún una herramienta sólida de información sobre la valoración de la CV en individuos con esta enfermedad y en relación a su tratamiento. **(Pichon-Riviere, Irazola, Beratarrechea, Alcaraz, & Carrara, 2015)**

El primer cuestionario utilizado para la valoración de la CVRS exclusiva para la DM fue desarrollada en 1988 por el grupo de investigación The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para evaluar la calidad de vida relacionada con los tratamientos intensivos de la enfermedad. Esta medida se conoce como Diabetes Quality of life (DQOL) **(Robles García, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez Agraz, & Nicolini Sánchez, 2003)**

Se debería incluir las enfermedades crónicas no transmisibles en políticas de salud, estrategias multidisciplinarias para el tratamiento de la DM2, ya que esta enfermedad es considerada por sí sola un factor de riesgo cardiovascular y tiene alta prevalencia a nivel mundial. La CVRS es utilizada frecuentemente como un indicador de resultado, debido a que la participación del paciente constituye la base de los programas de salud para la planificación de intervenciones en enfermedades incurables. **(Lee Je, Kee-Ho, Hyun-Noh, Choi Jong, & Woo Jo, 2012)**

Se conoce que las personas que padecen de DM2 presentan una disminución en su CVRS, la depresión es más común en ellos que en los sujetos que no tienen esta condición de salud. Está marcada reducción se ha demostrado mediante el uso de escalas genéricas de medición de CVRS. **(Grandy, Fox, & Shield, 2012)**

En las esferas psicológica y social, el padecer de alguna enfermedad crónica produce niveles elevados de estrés influyendo de manera negativa en el estado psicológico de los pacientes que la presentan, lo que conlleva a necesitar un proceso de adaptabilidad por parte del individuo y de la familia, se identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas: la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la CV en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas. **(Vinaccia Alpi & Quiceno, 2012)**. Según Northam (1997) el impacto de la enfermedad crónica sobre la familia y cuidadores produce

alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad. (**Vinaccia Alpi & Quiceno, 2012**).

Evidenciando la gran importancia de la utilización de un instrumento para medir la CV en diferentes dominios en determinado país, se hace necesario valorar la influencia de la diabetes en cada uno de estos dominios; la obtención de estos resultados ofrecería datos de gran relevancia para favorecer positivamente el cuidado de la diabetes. Por ejemplo, cuando hay un estudio en un país que revela que hay una mejoría en un dominio específico con una intervención x, esta misma estrategia se puede traspolar a otros contextos para observar si en grupos de pacientes parecidos se puede utilizar o no. (**Salazar Estrada, Gutiérrez Strauss, Aranda Beltrán, González Baltazar, & Pando Moreno, 2012**)

El tratamiento adecuado y oportuno en las fases iniciales de la enfermedad, dan como resultado una reducción o demora en la aparición de complicaciones lo que a su vez disminuiría el cambio negativo en la CVRS debido a esta enfermedad crónica no transmisible. Sin embargo hay que recalcar que debido a la historia natural de esta enfermedad se espera que haya un deterioro paulatino en la CVRS a medida que la enfermedad progresa, en comparación con la población general. (**Vibeke Sparring, 2013**)

Existen múltiples escalas para medir la CVRS dentro de las que destacan: SF-36, el WHOQoL y el EQoL-5D. **(Sánchez Lora, y otros, 2013)**

2.1.4 ESCALA DE MEDICIÓN

En el año 1987 un grupo de investigadores de distintos países europeos, que se autodenominaron Euro QoL (Quality of Life), se plantearon crear un indicador de salud que fusionará la cantidad y la calidad de vida, y que se pudiera utilizar como medida fiable en la valoración económica de las tecnologías sanitarias. La táctica se fundamentó en generar un herramienta genérico compuesto por las cinco dimensiones consideradas de mayor importancia en lo referente a calidad de vida relacionada con salud: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión; con tres niveles de gravedad en cada dimensión : ausencia de problema, algún problema, problema grave o incapacidad; y aplicar una estrategia para obtener los 243 estados de salud resultantes de mezclar dimensiones y niveles, seleccionando inicialmente el sistema de la escala visual analógica (EVA) mediante el cual las personas a las que se les realiza la entrevista estiman distintos estados de salud en una escala con valores de 0 a 100. De esta forma se originó en el año 1990, el instrumento EQ-5D (denominado EuroQoL hasta 1996) para evaluar la salud autopercibida de los entrevistados, el mismo está formado por 2 partes: el sistema descriptivo EQ-5D y la EVA. **(Cabasés, 2015)**

El EQ-5D tiene a disponibilidad de los investigadores dos versiones para adultos, con 3 niveles y 5 niveles de opciones de respuesta, EQ-5D-3L y EQ-5D-5L, respectivamente, y una versión juvenil, EQ 5D-Y. El EQ-5D-3L se introdujo en 1990 y se lo puede conseguir traducido en más de 170 idiomas. **(Collado Mateo, García Gordillo, Olivares, & Adsuar, 2015).**

Posterior a una amplia investigación y preparación, el Grupo EuroQol lanzó la versión EQ-5D-5L en 2009, con el propósito de aumentar aún más la sensibilidad, para solucionar algunos inconvenientes como los efectos techo, concentración en el estado sano (ausencia de problemas en todas las dimensiones) de un gran porcentaje de entrevistados y aumentar el poder discriminatorio de la versión EQ-5D-3L existente, un inconveniente registrado por numerosos individuos que usaron el instrumento, principalmente en lo relacionado a mínimos cambios en estado de salud en la zona alta de la escala de valoración, esta mejora se obtuvo con el incremento de 2 niveles en cada una de las dimensiones, pasando de 3 a 5 niveles. El EQ-5D-5L ha resultado ser una extensión válida del EQ-5D-3L que optimiza las propiedades de medición, disminuyendo el efecto techo al mismo tiempo que aumenta el poder de discriminación, y se lo obtiene en más de 110 idiomas **(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12, 2014)**

El EQ-5D-3L es sin lugar a discusión el instrumento genérico que más se conoce y de mayor uso en relación al estado de salud a nivel internacional, por lo cual es aplicado en innumerables investigaciones clínicas de salud,

investigaciones acerca de coste efectividad e investigaciones poblacionales. Durante los últimos años, esta herramienta ha sido utilizada de forma habitual por las organizaciones sanitarias para valorar la calidad de vida de las personas. **(Ekwunife , Ezenduka , & Uzoma , 2016)**

Cuando se va a realizar una investigación determinada, no se cuenta con un instrumento que sea considerado como gold standard para realizar dicha intervención, por lo que varios investigadores en este campo sugieren el uso combinado de encuestas genéricas y específicas dirigidas a una patología determinada, para valorar la percepción de CVRS. Por lo que se concluye que debe ser utilizado al menos un instrumento genérico que nos permita comparar los resultados de una investigación con otros estudios hechos en individuos sanos, con otras enfermedades o realizados en otros lugares. Se ha establecido que dentro de las herramientas más respaldadas para valorar de forma general el estado de salud en personas con diabetes son la SF-36 y el EQ-5D. Aunque haya mayor evidencia científica a favor del SF-36, el EQ-5D tiene dos aspectos que lo hacen superior al momento de ser realizado por la persona, que son: la brevedad y simplicidad, estas características son muy tomadas en cuenta por muchos sistemas nacionales de salud que han escogido este cuestionario como guía en sus investigaciones sobre CVRS; como por ejemplo el del Reino Unido. Si se quiere valorar impacto específico de la diabetes se puede utilizar el Audit of Diabetes Dependent Quality of life (ADDQoL) y el Diabetes Quality of life (DQoL). Es recomendado por varios autores utilizar el ADDQoL como

primera elección y tener como segunda opción el uso del DQOL. **(Sánchez Lora, y otros, 2013)**

Cuando se presentan los resultados que se obtienen mediante el uso del EQ-5D existen varias posibilidades, la mejor forma de presentar los mismos depende de la parte del instrumento (sistema descriptivo, EVA o índice) en cuestión. Para el sistema descriptivo el análisis más sencillo es la descripción por dimensiones mediante proporciones o porcentajes de individuos sin problemas, algunos problemas y muchos problemas de cada dimensión. También existe la posibilidad de dicotomizar los niveles de gravedad de cada dimensión para dejar las categorías de sin y con problemas. En el caso de la EVA, el valor dado al estado de salud general es una medida cuantitativa que permite comparar medias o medianas entre grupos y cambios en el tiempo (por ejemplo, antes y después de cierto tiempo de iniciado un tratamiento o intervención). El uso de medias o medianas, así como de las medidas de dispersión correspondientes, obedecerá a la distribución de las puntuaciones, se encontrara por lo tanto un resultado con algún grado de sesgo en grupos de personas sin enfermedad y menor grado de sesgo en personas con enfermedad o menos sanas. Igualmente es aceptable agrupar las apreciaciones alcanzadas con la EVA representada en una escala cualitativa de 5 categorías. **(Safita, y otros, 2016)**

CAPITULO 3

3 METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio analítico transversal. Se utilizó como instrumento la encuesta EQ-5D (Euro Qol 5D) para medir la CVRS, y una EVA para determinar la autopercepción de la CVRS, a personas con DM2 atendidos en los Centros de Salud Manta y San José. También se aplicó una encuesta sociodemográfica donde se obtuvo los datos relacionados a las características de los participantes. La aplicación de los cuestionarios se realizó durante el periodo de julio a septiembre del 2016.

3.1.1 UNIVERSO

El universo del estudio estuvo constituido por los pacientes con DM2 de la parroquia Tarqui y Manta, que asistieron a su atención en los centros de salud San José y Manta.

3.1.2 MUESTRA

Con un universo poblacional de 4856 personas que padecen de diabetes tipo 2, entre los centros de salud Manta y San José según los registros estadísticos de los centros de salud, se calculó el tamaño de la muestra cuyo resultado es de 356 pacientes con diabetes con un nivel de confianza del 95%.

Se ha utilizado la siguiente fórmula para el cálculo muestral:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.5 * 0.5 * 4857}{(0.0025 * 4856) + 3.84 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 356$$

3.1.3 Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos, mayores de 18 años, con Diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes con DM2 atendidos en los Centros de Salud Manta y San José de la ciudad de Manta.
- Pacientes que deseen participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

3.1.4 Criterios de exclusión:

- Personas menores de 18 años de edad.
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1.
- Pacientes con Diabetes Gestacional.
- Negativa a participar de este estudio.
- Pacientes con deterioro del aspecto cognitivo, por demencia de cualquier origen y que no permita la obtención de información a través del cuestionario.
- Pacientes con presencia de enfermedades neoplásicas.

3.1.5 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio analítico transversal.

3.1.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el presente estudio se utilizó el cuestionario EQ-5D, que se usa para describir y valorar la CVRS en 5 dimensiones como son: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Se utilizó una EVA para la determinación de la autopercepción de la CVRS.

Además se incluyó con el cuestionario EQ-5D una encuesta social y demográfica donde obtuvimos datos como edad, sexo, tipo de tratamiento, tiempo de evolución, complicaciones.

La recolección de datos se hizo a los pacientes que acudían a la consulta médica a los Centros de Salud Manta y San José, con la firma respectiva del consentimiento informada.

3.1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Anexo 5

3.1.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información se registró en base de datos Excel, y el análisis de datos se realizó por medio del programa EPI INFO 7.0. Se dicotomizó las dimensiones del cuestionario EQ-5D que originalmente son: sin problemas,

con algunos problemas y con muchos problemas; recategorizando dichas dimensiones en sin problemas y con problemas. Se realizó el análisis en base a tablas de contingencia entre las variables independientes y dependientes identificadas en el estudio.

3.1.9 ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente trabajo de investigación fue aprobado por el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Se llevó a cabo un procedimiento de consentimiento informado, la participación fue voluntaria y se mantuvo estricta confidencialidad de los datos. Se adjunta consentimiento informado. Ver Anexo 1.

CAPITULO 4

4 RESULTADOS

En la tabla N°1 se observa de forma detallada las características de los pacientes incluidos del estudio

Tabla 1. Características de los participantes incluidos en el estudio.

Variable	Categoría	"n"	%	IC95%	Media (DE)
Sexo	Masculino	124	34,8	29,9-40,1	
	Femenino	232	65,2	59,9-70,1	
EVA					73,8(18,9)
Edad	< 65 años	257	72,2	67,2-76,7	58(11,5)
	> 65 años	99	27,8	23,3-32,8	
Estado civil	Soltero	31	8,7	6,1-12,3	
	Unión libre	82	23	18,8-27,8	
	Casado	170	47,8	42,3-53,1	
	Divorciado	22	6,2	4-9,3	
Nivel educativo	Viudo	51	14,3	10,9-18,5	
	Bajo	170	47,8	42,5-53,1	
	Alto	186	52,2	46,9-57,5	
Trabaja	Si	107	30,1	25,4-35,2	
	No	249	69,9	64,8-74,6	
Consume tabaco	Si	13	3,7	2-6,3	
	No	343	96,3	93,7-97,8	
Consume alcohol	Si	37	10,4	7,5-14,1	
	No	319	89,6	85,9-92,5	
Realiza ejercicios	Si	204	57,3	52-62,5	
	No	152	42,7	37,5-48	
Acude club de diabéticos	Si	65	18,3	14,5-22,8	
	No	291	81,7	77,3-85,5	
Años diagnóstico	< 10 años	192	53,9	48,6-59,2	
	> 10 años	164	46,1	40,8-51,4	
Tto antidiabético	Si	256	71,9	66,9-76,5	
	No	100	28,1	23,5-33,1	
Complicaciones	Nefropatía	58	16,3	12,7-20,6	
	Retinopatía	87	24,4	20,1-29,3	
	Problema en pie	103	28,9	24,3-34	
	IAM	22	6,2	4-9,3	
	EVC	8	2,3	1,1-4,6	

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

Tabla 2. Resultados del EQ-5D en diferentes dimensiones.

Variable	Categoría	"n"	%	IC95%
Dimensión Movilidad	Sin problemas	224	62,9	57,7-67,9
	Con problemas	132	37,1	32,1-42,6
Dimensión Cuidado personal	Sin problemas	320	89,9	86,2-92,7
	Con problemas	36	10,1	7,3-13,8
Dimensión Actividades diarias	Sin problemas	289	81,2	76,6-85
	Con problemas	67	18,8	15-23,4
Dimensión Dolor/Malestar	Sin problemas	182	51,1	45,8-56,4
	Con problemas	174	48,9	43,6-54,2
Dimensión Ansiedad/Depresión	Sin problemas	180	50,6	45,3-55,9
	Con problemas	176	49,4	44,1-54,8

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

4.1.1 Asociación entre características de los pacientes y dimensión movilidad

En la tabla N°2, se observa asociación significativa entre tener menos de 65 años y dimensión movilidad ($\chi^2 = 7,64$; $p = <0,05$). El OR es de 1,93, lo que significa: la razón de prevalencia entre pacientes sin problemas de movilidad versus los que si tiene problemas de movilidad es de 1,93 veces mayor en individuos menores de 65 años versus a los que tienen más de 65 años. Lo que significa que es más probable que los pacientes menores de 65 años no tengan problemas de movilidad.

Los pacientes que si trabajan en relación a la dimensión movilidad, existe asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2= 9,19$; $p= <0,05$). El OR es de 2,16 ($IC_{95\%}=1,30-3,57$), indica que los pacientes con diabetes que trabajan es más probable que no tengan problemas de movilidad.

El consumo de alcohol presenta asociación significativa con la dimensión movilidad ($\chi^2= 4,22$; $p= <0,05$), con un OR de 2,03 curiosamente significa que los pacientes que padecen de diabetes que consumen alcohol tienen una menor probabilidad de presentar problemas de movilidad.

Los pacientes que realizan ejercicio presentan asociación significativa con la dimensión movilidad ($\chi^2=20,3$; $p=<0,05$). El OR es de 0,34, significa que las personas que tienen diabetes, que no realizan ejercicios no tienen problemas de movilidad, en relación a los que si realizan ejercicios.

Referente a los que no han presentado complicaciones se asoció significativamente en relación con la dimensión movilidad ($\chi^2= 41,5$; $p=<0,05$). Es decir que los sujetos que tienen diabetes que no presentaron complicaciones son menos propensos a tener problemas por movilidad, en relación a que si presentan complicaciones.

En lo relacionado al tipo de tratamiento y dimensión movilidad se asoció significativamente ($\chi^2 = 21.84$; $p= <0,05$). Expresa que la razón de probabilidad entre los pacientes sin problemas de movilidad frente los que tienen problemas de movilidad es 3,24 veces mayor en aquellos que toman medicina oral versus los que utilizan insulina. Lo que significa que los que

toman medicina oral tienen una menor probabilidad de tener problemas de movilidad

Tabla 3. Relación entre características de los participantes y dimensión movilidad

Variable		Dimensión Movilidad					Valor p
		Sin problemas	Con problemas	OR	IC95%	X ²	
Sexo	Masculino	81 (65,3%)	43 (34,7%)			0,47	0,49
	Femenino	143 (61,6%)	89 (38,4%)				
Edad	< 65 años	173 (67,3%)	84 (32,7%)	1,93	1,20-3,10	7,64	0,005
	> 65 años	51 (51,5%)	48 (48,5%)				
Vive acompañado	Si	215 (64%)	121 (36%)			2,91	0,08
	No	9 (45%)	11 (55%)				
Nivel educativo	Bajo	99 (58,2%)	71 (41,8%)			3,06	0,08
	Alto	125 (67,2%)	61 (32,8%)				
Trabaja	Si	80 (74,8%)	27 (25,2%)	2,16	1,30-3,57	9,19	0,002
	No	144 (57,8%)	105 (42,2%)				
Consume tabaco	Si	6 (46,1%)	7 (53,9%)			1,62	0,2
	No	218 (63,6%)	125 (36,4%)				
Consume alcohol	Si	29 (78,4%)	8 (21,6%)	2,03	1,02-5,2	4,22	0,03
	No	195 (61,1%)	124 (38,9%)				
Realiza ejercicios	Si	108 (52,9%)	96 (47,1%)	0,34	0,21-0,55	20,3	0,000006
	No	116 (76,3%)	36 (23,7%)				
Acude club de diabéticos	Acude	45 (69,2%)	20 (30,8%)			1,35	0,24
	No acude	179 (61,5%)	112 (38,5%)				
Años diagnóstico	< 10 años	138 (71,9%)	54 (28,1%)	2,31	1,49-3,59	14,3	0,0001
	> 10 años	86 (52,4%)	78 (47,6%)				
Recibe tratamiento antidiabético	Si	203 (2,1%)	124 (37,9%)			1,21	0,26
	No	21 (72,4%)	8 (27,6%)				
Complicaciones	No	164 (76,3%)	51 (23,7%)	4,34	2,74-6,86	41,5	0,0000000000
	Si	60 (42,5%)	81 (57,5%)				
Tipo de tratamiento	Oral	166 (69,75)	72 (30,25)	3,24	1,95-5,30	21,84	0,00000
	Insulina	37 (41,57)	52 (58,43)				

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Looor M

4.1.2 Asociación entre características de los pacientes y dimensión de cuidado personal

En la tabla N° 3, se observa asociación significativa entre pacientes femeninos y dimensión cuidado personal ($\chi^2= 4,05$; $p= <0,05$), significa que es más probable que las pacientes femeninas diabéticas no tengan problemas de cuidado personal.

La relación entre paciente menores de 65 años y dimensión cuidado personal presento asociación significativa ($\chi^2= 4,05$; $p= <0,05$). El OR es de 2,28, lo que significa: entre pacientes sin problemas de cuidado personal versus los que si tiene problemas de cuidado personal es de 2,28 veces mayor en individuos menores de 65 años versus a los que tienen más de 65 años. En conclusión indica que es más probable que los pacientes menores de 65 años no tengan problemas de cuidado personal.

Los pacientes que tienen alto nivel de instrucción en relación a la dimensión cuidado personal, existe asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2= 4,17$; $p= <0,05$). El OR es de 0,48 ($IC_{95\%}=0,23-0,98$), indica que los pacientes diabéticos que tienen alto nivel de instrucción es más probable que no tengan problemas de cuidado personal.

Se observa asociación significativa entre pacientes que trabajan y dimensión cuidado personal ($\chi^2= 4,97$; $p= <0,05$), con un OR de 2,9, significa que los pacientes diabéticos que trabajan son menos propensos a presentar problemas de cuidado personal en relación a los que no trabajan.

Los pacientes que acuden a un club de diabéticos en relación a la dimensión cuidado personal, su análisis indica que existe una asociación entre ambas variables ($\chi^2=6,41$, $p<0,05$). El OR es de 8,75, lo que significa: la razón de prevalencia entre pacientes sin problemas de cuidado personal versus los que sí tienen problemas de cuidado personal es 8,75 veces mayor en individuos que acuden a un club de diabetes versus a los que no acuden, es más probable que los pacientes con diabetes no tengan problemas de cuidado personal cuando acuden a un club de diabetes.

La relación entre tener menos de 10 años de enfermedad y dimensión cuidado personal presentaron asociación significativa ($\chi^2=13,4$; $p=<0,05$). El OR es de 4, indica que las personas que presentan diabetes que tienen menos de 10 años de enfermedad no tienen problemas de cuidado personal, en relación a los que tiene más de 10 años de diabetes.

Referente a los que no han presentado complicaciones se asoció significativamente en relación con la dimensión cuidado personal ($\chi^2=28,07$; $p=<0,05$). Es decir que los pacientes diabéticos que no presentaron complicaciones son menos propensos a tener problemas por cuidado personal, en relación a los que si presentan complicaciones.

En la dimensión cuidado personal y su relación con el tipo de tratamiento hay un relación significativa ($\chi^2=19,13$; $p=<0,05$); con un OR de 4.64 lo que significa que la razón de probabilidad entre los pacientes sin problemas de cuidado personal frente los que tienen problemas de cuidado personal es

4,64 veces mayor en aquellos que toman medicina oral versus los que utilizan insulina. Lo que significa que los que toman medicina oral tienen una menor probabilidad de tener problemas de cuidado personal.

Tabla 4. Relación entre características de los participantes y dimensión cuidado personal

Variable	Dimensión Cuidado personal						
	Sin problemas	Con problemas	OR	IC95%	X ²	Valor p	
Sexo	Masculino	106 (85,5%)	18 (14,5%)	0,49	0,24-0,99	4,05	0,04
	Femenino	214 (92,2%)	18 (7,8%)				
Edad	< 65 años	237 (92,2%)	20 (7,8%)	2,28	1,13-4,61	5,52	0,01
	> 65 años	83 (83,8%)	16 (19,2%)				
Vive acompañado	Si	303 (90,2%)	33 (9,8%)			0,55	0,45
	No	17 (85%)	3 (15%)				
Nivel educativo	Bajo	147 (86,5%)	23 (13,5%)	0,48	0,23-0,98	4,17	0,04
	Alto	173 (93%)	13 (7%)				
Trabaja	Si	102 (95,3%)	5 (4,7%)	2,9	1,09-7,67	4,97	0,02
	No	218 (87,6%)	31 (12,4%)				
Consume tabaco	Si	10 (76,9%)	3 (23,1%)			2,49	0,11
	No	310 (90,4%)	33 (9,6%)				
Consume alcohol	Si	35 (94,6%)	2 (5,4%)			1	0,31
	No	285 (89,3%)	34 (10,7%)				
Realiza ejercicios	Si	168 (82,4%)	36 (17,6%)			29,8	0
	No	152 (100%)	0				
Acude club de diabéticos	Acude	64 (98,5%)	1 (1,5%)	8,75	1,17-65,0	6,43	0,01
	No acude	256 (88%)	35 (12%)				
Años diagnóstico	< 10 años	183 (95,3%)	9 (4,7%)	4	1,82-8,79	13,49	0,0002
	> 10 años	137 (83,5%)	27 (16,5%)				
Recibe tratamiento antidiabético	Si	293 (89,6%)	34 (10,4%)			0,35	0,54
	No	27 (93,1%)	2 (6,9%)				
Ha tenido complicaciones	No	208 (96,7%)	7 (3,3%)	7,69	3,26-18,12	28,07	0,0000001
	Si	112 (79,4%)	29 (20,6%)				
Tipo de tratamiento	Oral	224 (94,12 %)	14 (5,88%)	4,64	2,2-9,8	19,13	0,00000
	Insulina	69 (77,55 %)	20 (22,47 %)				

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

4.1.3 Asociación entre características de los pacientes y dimensión actividades diarias

En la tabla N°4, se observa que tener menos de 65 años presentó asociación significativa entre dimensión actividades diarias ($\chi^2= 14$; $p= <0,05$). El OR es de 2,79, lo que significa que la razón de probabilidad entre pacientes sin problemas de actividades diarias versus los que si tiene problemas de actividades diarias es de 2,79 veces mayor en individuos menores de 65 años versus a los que tienen más de 65 años. Lo que significa que es más probable que los pacientes menores de 65 años no tengan problemas de actividades diarias.

Los pacientes que tienen alto nivel de instrucción en relación a la dimensión actividades diarias, existe asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2= 3,61$; $p= <0,05$). Indica que los pacientes diabéticos que tienen alto nivel de instrucción es más probable que no tengan problemas de actividades diarias.

Se observa asociación significativa entre pacientes que trabajan y dimensión actividades diarias ($\chi^2= 17,48$; $p= <0,05$), con un OR de 5,46, significa que los pacientes diabéticos que trabajan son menos propensos a presentar problemas de actividades diarias en relación a los que no trabajan.

Los pacientes que realizan ejercicio presentan asociación significativa con la dimensión actividades diarias ($\chi^2=31,9$; $p=<0,05$), significa que los

diabéticos que no realizan ejercicios no tienen problemas de actividades diarias, en relación a los que si realizan ejercicios.

La relación entre tener menos de 10 años de enfermedad y dimensión actividades de la vida diaria presentaron asociación significativa ($\chi^2=6,17$; $p<0,05$). El OR es de 1,97, indica que los diabéticos que tienen menos de 10 años de enfermedad no tienen problemas de actividades diarias, en relación a los que tiene más de 10 años de diabetes.

Referente a los que no han presentado complicaciones se asoció significativamente en relación con la dimensión cuidado personal ($\chi^2=38,78$; $p<0,05$). Es decir que los pacientes diabéticos que no presentaron complicaciones son menos propensos a tener problemas por cuidado personal, en relación a los que si presentan complicaciones.

Cuando se valora la dimensión actividades diarias y tipo de tratamiento oral, se observa una relación significativa ($\chi^2=11,69$; $p<0,05$). La razón de probabilidad entre los pacientes sin problemas en las actividades diarias frente los que tienen problemas en las actividades diarias es 2,69 veces mayor en aquellos que toman medicina oral versus los que utilizan insulina. Lo que significa que los que toman medicina oral tienen una menor probabilidad de tener problemas de en las actividades diarias.

Tabla 5. Relación entre características de los participantes y dimensión actividades diarias

Variable		Dimensión Actividades diarias					Valor p
		Sin problemas	Con problemas	OR	IC95%	X ²	
Sexo	Masculino	96 (77,4%)	28 (22,6%)			1,76	0,18
	Femenino	193 (83,2%)	39 (16,8%)				
Edad	< 65 años	221 (86%)	36 (14%)	2,79	1,61-4,85	14	0,0001
	> 65 años	68 (68,7%)	31 (31,3%)				
Vive acompañado	Si	275 (81,9%)	61 (18,1%)			1,73	0,18
	No	14 (70%)	6 (30%)				
Nivel educativo	Bajo	131 (77,1%)	39 (22,9%)	0,59	0,34-1,01	3,61	0,05
	Alto	158 (85%)	28 (15%)				
Trabaja	Si	101 (94,4%)	6 (5,6%)	5,46	2,28-13,0	17,48	0,00002
	No	188 (75,5%)	61 (24,5%)				
Consume tabaco	Si	10 (76,9%)	3 (23,1%)			0,16	0,68
	No	279 (81,3%)	64 (18,7%)				
Consume alcohol	Si	34 (91,9%)	3 (8,1%)			3,1	0,07
	No	255 (79,9%)	64 (20,1%)				
Realiza ejercicios	Si	145 (71,1%)	59 (28,9%)	0,13	0,06-0,29	31,9	0.0000000000
	No	144 (94,7%)	8 (5,3%)				
Acude club de diabéticos	Acude	56 (86,1%)	9 (13,9%)			1,28	0,25
	No acude	233 (80,1%)	58 (19,9%)				
Años diagnóstico	< 10 años	165 (85,9%)	27 (14,1%)	1,97	1,14-3,38	6,17	0,01
	> 10 años	124 (75,6%)	40 (24,4%)				
Recibe tratamiento antidiabético	Si	264 (80,7%)	63 (19,3%)			0,52	0,46
	No	25 (86,2%)	4 (13,8%)				
Ha tenido complicaciones	No	197 (91,6%)	18 (8,4%)	5,28	3,21-10,5	38,78	0.0000000000
	Si	92 (65,3%)	49 (34,7%)				
Tipo de tratamiento	Oral	203 (85,29 %)	35 (14,71%)	2,6	1,50-4,72	11,69	0,0006
	Insulina	61 (68,54 %)	28 (31,46 %)				

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

4.1.4 Asociación entre características de los pacientes y dimensión dolor/malestar

En la tabla N° 5, se observa que tener menos de 10 años de padecer de diabetes presentó asociación significativa entre dimensión dolor/malestar ($\chi^2= 8,67$; $p= <0,05$). El OR es de 1,88, indica que las personas con diabetes que tienen menos de 10 años de enfermedad no tienen problemas de dolor/malestar, en relación a los que tiene más de 10 años de diabetes.

Se observa asociación significativa entre pacientes que no han presentado complicaciones con la dimensión dolor/malestar ($\chi^2= 29,5$; $p=<0,05$). Es decir que los pacientes que tienen diabetes que no presentaron complicaciones son menos propensos a tener problemas por dolor/malestar, en relación a los que si presentan complicaciones.

Se observa asociación ente personas sin dolor / malestar y tipo de tratamiento oral su diabetes ($\chi^2= 12,9$; $p=<0,05$), lo que explica que la razón de probabilidad entre los pacientes sin dolor / malestar frente los que tienen dolor / malestar es 2,49 veces mayor en aquellos que toman medicina oral versus los que utilizan insulina. Lo que significa que los que toman medicina oral tienen una menor probabilidad de tener problemas de en las actividades diarias.

Las demás características no presentaron asociaron significativa entre la dimensión dolor/malestar.

Tabla 6. Relación entre características de los participantes y dimensión dolor/malestar

Variable	Dimensión Dolor/Malestar					
	Sin problemas	Con problemas	OR	IC95%	X ²	Valor p
Sexo	Masculino	70 (56,5%)	54 (43,5%)			
	Femenino	112 (48,3%)	120 (51,7%)		2,16	0,14
Edad	< 65 años	133 (51,7%)	124 (48,3%)			
	> 65 años	49 (49,5%)	50 (50,5%)		0,14	0,7
Vive acompañado	Si	174 (51,8%)	162 (48,2%)			
	No	8 (40%)	12 (60%)		1,04	0,3
Nivel educativo	Bajo	87 (51,2%)	83 (48,8%)			
	Alto	95 (51,1%)	91 (48,9%)		0,0004	0,98
Trabaja	Si	61 (57%)	46 (43%)			
	No	121 (48,6%)	128 (51,4%)		2,12	0,14
Consume tabaco	Si	6 (46,1%)	7 (53,9%)			
	No	176 (51,3%)	167 (48,7%)		0,13	0,71
Consume alcohol	Si	23 (62,2%)	14 (37,8%)			
	No	159 (49,8%)	160 (50,2%)		2,01	0,15
Realiza ejercicios	Si	98 (48%)	106 (52%)			
	No	84 (55,3%)	68 (44,7%)		1,81	0,17
Acude club de diabéticos	Acude	28 (43,1%)	37 (56,9%)			
	No acude	154 (52,9%)	137 (47,1)		2,06	0,15
Años diagnóstico	< 10 años	12 (58,3%)	80 (41,7%)			
	> 10 años	70 (42,7%)	94 (57,3%)	1,88	1,23-2,86	8,67
Recibe tratamiento antidiabético	Si	167 (51,1%)	160 (48,9%)			
	No	15 (51,7%)	14 (48,3%)		0,004	0,94
Ha tenido complicaciones	No	135 (62,8%)	80 (37,2%)			
	Si	47 (33,3%)	94 (66,7%)	3,37	2,16-5,27	29,5
Tipo de tratamiento	Oral	136(57,14 %)	102 (42,86%)			
	Insulina	31 (34,83 %)	58 (65,17 %)	2,49	1,50-4,13	12,9

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

4.1.5 Asociación entre características de los pacientes y dimensión ansiedad/depresión

En la tabla N°6, se observa que ser paciente masculino presentó asociación significativa con la dimensión ansiedad/depresión ($\chi^2=7,49$; $p= <0,05$). Indica que en los pacientes diabéticos masculinos es más probable que no tengan problemas de ansiedad/depresión en relación a las pacientes femeninas.

Los pacientes que viven acompañados presentan asociación significativa con la dimensión ansiedad/depresión ($\chi^2=5,53$; $p=<0,05$), significa que los sujetos con diabetes que viven acompañados no tienen problemas de ansiedad/depresión, en relación a los que no viven acompañados.

Se observa asociación significativa entre pacientes que trabajan y dimensión ansiedad/depresión ($\chi^2= 4,23$; $p= <0,05$), con un OR de 1,61, significa que los pacientes diabéticos que trabajan son menos propensos a presentar problemas de ansiedad/depresión en relación a los que no trabajan.

La relación entre pacientes que no han tenido complicaciones y dimensión ansiedad/depresión presentaron asociación significativa ($\chi^2=4,97$; $p=<0,05$). El OR es de 1,62, es decir que los pacientes con diabetes que no presentaron complicaciones son menos propensos a

tener problemas por ansiedad depresión, en relación a los que si presentan complicaciones.

Se evidencia una significancia estadística entre tratamiento oral y que no exista problemas de ansiedad o depresión ($\chi^2= 5.41$, $p=<0,05$). Lo que nos dice que los pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2 y toman medicación oral tienen menos probabilidad de tener problemas en la dimensión ansiedad depresión.

Tabla 7. Relación entre características de los participantes y dimensión ansiedad/depresión

Variable	Dimensión Ansiedad/Depresión						
	Sin problemas	Con problemas	OR	IC95%	χ^2	Valor p	
Sexo	Masculino	75 (60,5%)	49 (39,5%)	1,85	1,18-2,88	7,49	0,006
	Femenino	105 (45,3%)	127 (54,7%)				
Edad	< 65 años	129 (50,2%)	128 (49,8%)		0,04		0,82
	> 65 años	51 (51,5%)	48 (48,5%)				
Vive acompañado	Si	175 (52,1%)	161 (47,9%)	3,26	1,15-9,17	5,53	0,01
	No	5 (25%)	15 (75%)				
Nivel educativo	Bajo	84 (49,4%)	86 (50,6%)			0,17	0,67
	Alto	96 (51,6%)	90 (48,4%)				
Trabaja	Si	63 (58,9%)	44 (41,1%)	1,61	1,02-2,55	4,23	0,03
	No	117 (47%)	132 (53%)				
Consume tabaco	Si	7 (53,9%)	6 (46,1%)			0,05	0,8
	No	173 (50,4%)	170 (49,6%)				
Consume alcohol	Si	20 (54%)	17 (46%)			0,2	0,65
	No	160 (50,2%)	159 (49,8%)				
Realiza ejercicios	Si	103 (50,5%)	101 (49,5%)			0,001	0,97
	No	77 (50,7%)	75 (49,3%)				
Acude club de diabéticos	Acude	27 (41,5%)	38 (58,5%)			2,59	0,1
	No acude	153 (52,6%)	138 (47,4%)				
Años diagnóstico	< 10 años	102 (53,1%)	90 (46,9%)			1,09	0,29
	> 10 años	78 (47,6%)	86 (52,4%)				
Recibe tratamiento antidiabético	Si	163 (49,8%)	164 (50,2%)			0,82	0,36
	No	17 (58,6%)	12 (41,4%)				
Ha tenido complicaciones	No	119 (55,4%)	96 (44,6%)	1,62	1,05-2,49	4,97	0,02
	Si	61 (43,3%)	80 (56,7%)				
Tipo de tratamiento	Oral	128 (53,78%)	110 (46,22%)	1,79	1,09-2,94)	5,41	0,0019
	Insulina	35 (39,33%)	54 (60,17 %)				

Fuente: Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud Manta y San José de la ciudad de Manta
Autores: Dr. Acuña M. Dr. Loor M

CAPITULO 5

5 DISCUSIÓN:

A partir de los resultados obtenidos se acepta la hipótesis propuesta que dice: el tiempo de duración de la enfermedad, el tipo de tratamiento y el apareamiento de complicaciones influye negativamente en la percepción de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2.

En comparación a un estudio realizado en Bangladesh sobre el impacto en la CVRS en DM2, el presente trabajo reporta una media de EVA de 73,8 a diferencia del estudio antes mencionado que fue de 11.5 lo que expresa que en nuestra población hay menos repercusión de esta enfermedad, cabe destacar que dicho estudio (Bangladesh) fue de casos y controles que no presentaban diabetes.

En México se realizó un estudio sobre la calidad de vida relacionada a la salud en personas con diabetes, donde se reporta que la media del EVA fue de 62.5 puntos que se acerca a la medida obtenida en el presente estudio, igualmente se concluye en dicha investigación que las complicaciones afectan intensamente la calidad de vida relacionada con la salud. El estudio de México es similar metodológicamente a esta investigación, con una población tomada del primer nivel de atención en salud. Sin embargo, en el estudio mexicano se utilizó el cuestionario D39.

En Polonia se realizó un estudio similar al presente, utilizando el EQ-5D, pero se comparó el grupo de estudio con un grupo de control sin la condición, los resultados de la investigación coinciden con este trabajo, demostrando que las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud más afectadas fueron los cuidados personales, las actividades diarias y la ansiedad/depresión; esta última, menos afectada en la población de estudio de este trabajo investigativo.

En relación a un trabajo que se hizo en Irán, la media de puntuación del EVA (70/100), de la edad (58) y fue más frecuente el género femenino, en la población de estudio hay similitud con la presente investigación. Se difiere en que en Irán la dimensión más afectada fue la de dolor / malestar y en la presente investigación se obtuvo la mayor afectación en la dimensión ansiedad/depresión del instrumento de evaluación EQ-5D.

En concordancia con el estudio donde se midió la calidad de vida relacionada a la salud entre los hombres de Omán y mujeres con diabetes tipo 2, tiene similitud con el presente en que un alto nivel de educación da menos probabilidad de tener problemas en la dimensión actividades de la vida diaria y además en que a mayor duración de la enfermedad la calidad de vida va disminuyendo. No guarda similitud en que el género femenino muestre una asociación con problemas en la dimensión actividades de la vida diaria, en el presente estudio no hay significancia estadística para esta relación.

En Buenos Aires, Argentina se realizó un estudio sobre la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que requieren tratamiento con insulina, cuyos resultados mostraron que esta enfermedad tiene un impacto negativo sobre la CVRS en pacientes con diabetes tratados con insulina; en comparación con el presente estudio, la prevalencia de problemas en la CVRS es mayor en el grupo de pacientes que utiliza insulina, sin embargo en Argentina se utilizó el cuestionario ADD QOL.

Este es el primer estudio que evaluó la CVRS en personas con DM2 en la ciudad de Manta y en la provincia de Manabí, a pesar de ello se presentaron limitaciones en la ejecución del mismo. En primer lugar, la falta de actualización de la base de datos y la no inclusión de todos quienes padecen esta condición en los clubes de diabetes de los centros de salud. En segundo lugar, no se objetivó el buen control metabólico de los pacientes para aclarar que el tratamiento con insulina es causa de mala calidad de vida en estas personas.

CAPITULO 6

6 CONCLUSIONES

En esta investigación se determinó que los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2 presentan importante afectación de su calidad de vida relacionada a la salud cuando ha pasado 10 años o más desde su diagnóstico, lo que influye de forma negativa en la movilidad, cuidado personal, las actividades diarias; se asocia con mayor frecuencia a la aparición de dolor o malestar y afecciones como ansiedad y depresión. Lo mismo acontece cuando aparecen las complicaciones y el tratamiento instaurado para el control de esta condición no es por vía oral.

La calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con DM2 que acuden a los Centros de Salud Manta y San José es buena, con una media de puntuación de 73,8 medida por escala visual analógica.

La CVRS de los pacientes con DM2 que acuden a los Centros de Salud Manta y San José se ve influenciada por el tipo de tratamiento, la prevalencia de problemas en la CVRS es mayor en el grupo de pacientes que utiliza insulina.

Se evidenció en este estudio que a medida que avanza el tiempo (años) desde el diagnóstico de diabetes tipo 2, va disminuyendo la calidad de la vida relacionada con la salud en las personas que presentan esta enfermedad referente a las dimensiones movilidad, cuidado personal,

actividades de la vida diaria, dolor/malestar y ansiedad/depresión, las mismas que componen el EQ-5D.

En esta investigación se confirmó que la aparición de las complicaciones micro y/o macrovasculares marcan un hito en los pacientes que sufren de diabetes ya que desde este punto hay una marcada disminución de la calidad de vida relacionada a la salud en las diferentes dimensiones que se investigaron con el EQ-5D.

6.1 RECOMENDACIONES

Es importante indicar la relevancia que presentan los estudios de calidad de vida en los pacientes con diabetes, ya que se encontró desconocimiento en el tratamiento farmacológico, dietético y de actividad física por parte del paciente y muchas veces del profesional médico con la consecuente alteración biológica y psicológica durante la evolución de la enfermedad y al no existir investigación sobre este tema en nuestro medio se hace necesario recomendar que en el primer nivel de atención de salud, se realicen estudios sobre calidad de vida en la población asignada.

Con base a los resultados obtenidos se recomienda enfocar la atención en los determinantes de la CVRS para identificarlos y poner en marcha un plan para implementar medidas específicas para lograr un mejor manejo de la diabetes, lo que lleva simultáneamente a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta condición. Estrategia que debe iniciarse desde el primer nivel de atención.

En base a la bibliografía investigada, los estudios sobre CVRS en los cuales se utiliza un instrumento genérico, esta misma investigación se debe complementar con la aplicación de un cuestionario específico para la enfermedad en cuestión. Por lo que se recomienda realizar un estudio en esta misma población aplicando un cuestionario exclusivo para sujetos que padezcan de diabetes mellitus tipo 2.

En el presente estudio se observó que las personas con diabetes asocian el uso de insulina con una mala calidad de vida, debido a esto se recomienda que el equipo médico a cargo de la atención de estos pacientes refuerce de manera autónoma o con apoyo de la institución de salud los conocimientos sobre este medicamento y sobre esta enfermedad para a su vez romper los mitos y leyendas que existen sobre el uso de este medicamento y la enfermedad.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Pariente Rodrigo, E., García-Garrido, A., Gómez Molleda, F., Gálvez Castillo, E., González Expósito, J., López León, I., . . . Alessia Sgaramella, G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultas en atención primaria: un análisis por sexo. *Revista Española de Salud Pública*, 61-73.
- Robles García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J., Páez Agraz, F., & Nicolini Sánchez, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*, 247-252.
- Urdaneta Machado, J., Leal Diana, T., Rangel Rojas, K., Cepeda, N., Contreras Benítez, A., Baabel Zambrano, N., . . . Briceño Polacre, O. (2012). Comparación de la calidad de vida entre pacientes masculinos y femeninos con diabetes mellitus tipo. *Medicina Interna Caracas*, 57-65.
- Vinaccia Alpi, S., & Quiceno, J. M. (2012). Quality of life related to health and chronic disease: colombian studies. *Psicología, avances de la disciplina*, 123-136.
- Pichon Riviere, A., Irazola, V., Beratarrechea, A., Alcaraz, A., & Carrara, C. (2015). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que requieren tratamiento o con insulina en Buenos Aires, Argentina: un estudio transversal. *International Journal of Health Polity and Management*, 475-480.
- Arzúa M, A., & Caqueo- Urizar, A. (2012). Calidad de vida, una revisión teórica del concepto. *Terapia psicologica* , 61-71.
- Cabasés, J. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 401-403.
- Cantú-Martínez, P. C. (2015). Quality of Life and Sustainability: A New Citizenship. *Ambiente y desarrollo (Colombia)*, 10-18.
- Cardona A, D., & Agudelo G, H. B. (2005). Cultural construction of the concept of quality of life. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 1-11.
- CDC. (07 de 05 de 2012). *www.cdc.gov*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/hrqol/spanish/>
- Collado Mateo, D., García Gordillo, M., Olivares, P., & Adsuar, J. (2015). Normative values of EQ-5D-5L for diabetes patients from Spain. *Nutrición Hospitalaria*, 1595-1602.
- Ekwunife, O., Ezenduka, C., & Uzoma, B. (12 de 01 de 2016). *Pubmed.gov*. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26758272

- Golicki D, Dudzińska M , Zwolak A , & Tarach JS. (24 de 02 de 2015). *Pubmed*. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25923098
- Grandy , S., Fox , K., & Grupo de Estudio de SHIELD. (2012). Cambio en el estado de salud (EQ5D) más de 5 años entre personas con y sin diabetes mellitus tipo 2 en el estudio longitudinal de SHIELD. *Health and Quality of life Outcomes*, 10-99.
- Grandy, S., Fox, K., & Shield, G. (21 de 08 de 2012). *Cambio en el estado de salud (EQ-5D) más de 5 años entre personas con y sin diabetes mellitus tipo 2 en el estudio longitudinal de SHIELD*. Obtenido de pubmed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 425-429.
- INEC. (2011-2013). Aproximación a enfermedades crónicas cardiometabólicas no Transmisibles. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* , 86-87.
- Javanbakht M , Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR, & Jahangiri noudeh Y . (30 de 08 de 2012). *Pubmed*. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952989
- Lee Je, W., Kee-Ho, W., Hyun-Noh, J., Choi Jong, Y., & Woo Jo, M. (2012). Calidad relacionada con la salud de la vida mediante el cuestionario EuroQol 5D en pacientes coreanos con diabetes tipo 2. *Journal of Korean Medical Science*, 255-260.
- Manterola, C., Urrutia, S., & Otzen, T. (2013). Calidad de Vida Relacionada con Salud. Una Variable Resultado a Considerar en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.*, 1517-1523.
- Melba Sheila D'Souza, Ramesh Venkatesaperumal, Susan D. Ruppert, Subrahmanya Nairy Karkada, & Devakirubai Jacob. (22 de 11 de 2015). *Pubmed*. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670671/
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5*. Madrid.
- Mora Morales, E. (2014). Estado actual de diabetes mellitus en el mundo. *Acta médica Costarricense*, 44-46.
- Nava Galán, M. G. (2012). The quality of life: Multidimensional analysis. *Enfermería Neurológica*, 129-137.

- OMS. (01 de 01 de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Peterman, A., Rothrock, N., & Cella, D. (13 de 06 de 2016). *Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness*. Obtenido de www.uptodate.com
- Promotion, N. C. (31 de 05 de 2016). *CDC*. Obtenido de www.cdc.gov/hrqol/concept.htm
- Safita, N., Shariful Islam, S., Chow, C., Niessen, L., Lechner, A., Holle, R., & Laxy, M. (2016). El impacto de la diabetes mellitus tipo 2 sobre la calidad relacionada con la salud de la vida en Bangladesh: resultados de un estudio emparejado comparar los casos tratados con los controles no diabéticos. *Health and Quality of life Outcomes*, 1-9.
- Salazar Estrada, J., Gutiérrez Strauss, A., Aranda Beltrán, C., González Baltazar, R., & Pando Moreno, M. (2012). The quality of life in adults with diabetes mellitus type 2 in centers of health from Guadalajara, Jalisco (Mexico). *Salud Uninorte, Barranquilla*, 264-276.
- Sánchez Lora, F. J., Téllez Santana, T., Parejo García, C., Torres Padilla, F., Ceballos Torres, Á., & Pérez Hernández, I. (2013). Instrumentos para evaluar la calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Claves de Diabetología*, 3-9.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 358-365.
- Vibeke Sparring, L. N. (22 de 05 de 2013). *Pubmed*. Obtenido de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3640903/

8 PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

8.1 Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y SU RELACION CON EL TIEMPO DE EVOLUCION, COMPLICACIONES Y TIPO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MANTA Y SAN JOSÉ DE LA CIUDAD DE MANTA

Propósito

Consentimiento informado dirigido a hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a los centros de salud manta y san José de la ciudad de manta. Se les invita a participar en el proyecto de investigación “Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud manta y san José de la ciudad de manta en los meses de julio a septiembre del 2016”.

Investigadores principales

- Marcos Agustín Acuña Espinoza (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Miguel Ángel Loor Cevallos (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

En vista que Ud. es mayor de 18 años de edad, y es paciente de los centros de salud Manta o San José, ha sido seleccionado para invitarle a participar en una investigación sobre la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente al tema que consta de 5 ítems los cuales serán analizados. Esto servirá para tener un mayor conocimiento sobre la realidad de la calidad de vida de pacientes diabéticos. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar

con quién usted tenga más confianza de entre los investigadores para solicitarle cualquier información adicional acerca del estudio.

Confidencialidad

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán los investigadores. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en una computadora, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación hará todo lo posible para proteger su confidencialidad.

Componentes del estudio

Realizaremos una encuesta de 5 ítems que incluirá datos sobre la percepción de su calidad de vida relacionada a la salud. Para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Los investigadores serán los encargados de analizar la información y al finalizar el estudio los resultados serán enviados al Director de la Institución y enviados a su correo electrónico si es que desea.

Riesgos sobre su Salud

El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 15-20 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

Los Resultados

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en septiembre del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, más NO sus datos personales.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que Usted

recibirá por su participación será conocer el resultado del análisis de las encuestas realizadas en los centros de salud manta y san José, además que ayudará a establecer una idea clara de la percepción de la calidad de vida que manifiestan los diabéticos tipo 2 de estas unidades de salud.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en el ámbito académico ni de conducta en su institución, y puede dejar de participar en el momento que desee.

Contacto

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con los directores de la investigación, Marcos Agustín Acuña Espinoza y Miguel Ángel Cevallos Loo. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Marcos Agustín Acuña Espinoza
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0991102439
Email: marcosacunae@gmail.com

Miguel Ángel Loo Cevallos
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador
12 de Octubre y Roca
Quito, Ecuador
Cel: 0988809508
Email: miguelloor.17846@gmail.com

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación sobre la Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones y tipo de tratamiento de la enfermedad, de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud manta y san José de la ciudad de Manta en los meses de julio a septiembre del 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta a los hombres y mujeres mayores de 18 años de edad diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2", se me realizará una encuesta de 5 ítems las cuales serán analizadas. Estoy informado de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar. El beneficio directo que recibiré del estudio, es la publicación de los resultados al final de la investigación.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no contestar el cuestionario si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito académico o de conducta.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre y Apellidos: _____

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ Casa: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo(a): _____ Firma: _____

Datos del Investigador que toma la muestra:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____

8.2 Anexo 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Edad (Años cumplidos): ()	12. Con quién vive: Solo () Acompañado ()
2. Género: Masculino () Femenino ()	13. Tiene ayuda en el cuidado de su enfermedad: SI () NO ()
3. Identificación étnica: Blanco () Afroecuatoriano () Mulato () Montubio () Mestizo () Indígena () Otro ()	14. ¿Usted trabaja? SI () NO ()
4. Estado Civil: Soltero () Unión Libre () Casado () Divorciado () Viudo ()	15. ¿Tipo de trabajo? <i>No trabajo</i> () Empleado privado () Empleado público () Jubilado () Quehaceres del hogar () Otro ()
5. Alfabetismo: (Sabe leer y escribir) SI () NO ()	16. Aporta o es afiliado al: IESS () ISSFA () ISSPOL () No aporta ()
6. Nivel de Instrucción: Ninguna () Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()	17. Ingresos económicos: Menos 1 salario básico () Entre 1 y 2 salarios básicos () Entre 2 y 3 salarios básicos () Más de 3 salarios básicos ()
7. Provincia de Residencia:	18. ¿Usted fuma? SI () NO ()
8. Cantón de Residencia: 9. Parroquia de Residencia:	19. ¿Usted bebe alcohol? SI () NO ()
10. Zona de Residencia: Urbana () Rural ()	20. ¿Usted realiza ejercicio? NO () Diariamente () Semanalmente () Mensualmente ()
11. Tipo de vivienda: Propia () Arrendada ()	21. ¿Acude a un club o grupo de Diabéticos? SI () NO ()

<p>22. Ha sido diagnosticado de:</p> <p>Hipertensión arterial ()</p> <p>Problemas de colesterol ()</p> <p>Sobrepeso u Obesidad ()</p> <p>Problemas de tiroides ()</p> <p>Problemas de huesos ()</p> <p>Problemas articulares ()</p>	<p>30. Con qué frecuencia siente usted deseo sexual?</p> <p>Todos los días ()</p> <p>Una vez por semana ()</p> <p>Una vez al mes ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>23. utiliza alguno de los siguientes medicamentos:</p> <p>Para la presión arterial ()</p> <p>Para el colesterol ()</p> <p>Para la obesidad ()</p> <p>Para la tiroides ()</p> <p>Para los huesos ()</p> <p>Para el dolor ()</p>	<p>31. Su médico le ha indicado que a causa de su diabetes tiene problemas en su Riñón?</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>
<p>24. Tiempo de duración de su Diabetes:</p> <p>Menos de 1 año ()</p> <p>Entre 1 y 5 años ()</p> <p>Entre 5 y 10 años ()</p> <p>Más de 10 años ()</p>	<p>32. Su médico le ha indicado que a causa de su diabetes tiene problemas en su ojo o retina?</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>
<p>25. Tiene tratamiento para su Diabetes:</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>	<p>33. Su médico le ha indicado que a causa de su diabetes tiene problemas en sus pies?</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>
<p>26. Tipo de tratamiento:</p> <p>Sólo Oral ()</p> <p>Insulina ()</p> <p>Oral más Insulina ()</p> <p>Ninguno ()</p>	<p>34. Después de que le diagnosticaron de diabetes ha sufrido usted algún infarto en el corazón?</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>
<p>27. ¿Qué medicamentos orales utiliza para el manejo de su Diabetes?</p> <p>Metformina ()</p> <p>Glibenclamida ()</p> <p>Otros ()</p> <p><i>Cuál</i> ()</p>	<p>35. Después de que le diagnosticaron de diabetes ha sufrido usted algún infarto o derrame cerebral?</p> <p>SI ()</p> <p>NO ()</p>
<p>28. Si utiliza insulina, cuántas veces se la aplica?</p> <p>En la mañana ()</p> <p>En la noche ()</p> <p>En la mañana y en la noche()</p> <p>Después de cada comida ()</p> <p>En la mañana, en la noche y después de cada comida ()</p>	<p>36. Sufre incontinencia (fugas de orina)?</p> <p>Siempre ()</p> <p>Frecuentemente ()</p> <p>Algunas veces ()</p> <p>Rara vez ()</p> <p>Nunca ()</p>
<p>29. ¿Qué tipos de insulina utiliza para el manejo de su Diabetes?</p> <p><i>No utilizo</i> ()</p> <p>NPH o regular ()</p> <p>Insulina Glargina ()</p> <p>Rápida o cristalina ()</p> <p>Otra ()</p> <p><i>Cuál</i> ()</p>	

8.3 Anexo 3. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL – 5D

Marque con una cruz como ésta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy:

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de todos los días (ej. trabajar, estudiar hacer tareas domésticas, actividades familiares realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy”, hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**SU ESTADO DE
SALUD HOY**

Mejor estado
de salud
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

8.4 Anexo 4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Escala	Indicador	Tipo de variable
Calidad de vida relacionada a salud (CVRS)	Formas como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo	Movilidad Cuidado personal Actividades cotidianas Dolor Ansiedad/depresión	Sin problemas Con algunos problemas Problemas mayores Sin problemas Con algunos problemas Problemas mayores Sin problemas Con algunos problemas Problemas mayores Sin problemas Con algunos problemas Problemas mayores Sin problemas Con algunos problemas Problemas mayores	Proporción	Cualitativa Nominal
Escala visual análoga (EVA)	Es un abordaje valido para describir lo pobre, tolerable, bueno, muy bueno o excelente, que es el estado de salud de una persona (paciente) el día del estudio.	Pobre Tolerable Buena Muy buena Excelente	0 – 40 41 – 60 61 – 80 81 – 90 91 – 100	Proporción	Cualitativa ordinal
Complicación en salud	Accidente o segunda enfermedad que surge durante el curso de la enfermedad principal o después de esta	Oftalmológica Cardiovascular Renal	Con Retinopatía diabética Sin Retinopatía diabética Con HTA Sin HTA Con antecedente IAM Sin Antecedente IAM Con Nefropatía diabética Sin Nefropatía diabética Con IRC Sin IRC	Proporción	Cualitativa Nominal

		Vascular	Con neuropatía diabética Sin neuropatía diabética Con Pie diabético Sin pie diabético Con amputaciones Sin amputaciones		
Tratamiento para la diabetes mellitus tipo 2	Conjunto de medios que se emplean para controlar esta enfermedad	Antidiabéticos orales Insulinoterapia	Monoterapia Terapia combinada con 2 agentes Terapia combinada con 3 agentes Terapia combinada con > 3 agentes Monoterapia Terapia combinada con 2 agentes Terapia combinada con 3 agentes Terapia combinada con > 3 agentes	Proporción	Cualitativa Nominal
Tratamiento para morbilidades asociadas	Conjunto de medios que se emplean para controlar esta (s) enfermedad (es)	Anti hipertensivos Anti anginosos Hipolipemiantes Antiagregantes plaquetarios Hormona tiroidea Hierro Eritropoyetina	Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza Utiliza No utiliza	Proporción	Cualitativa nominal
Tiempo de diagnóstico de DM 2	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico hasta el momento del estudio		Mayor a 10 años Menor a 10 años	Proporción	Cualitativa nominal
Edad	Edad cronológica, tiempo transcurrido desde el evento de nacimiento de la persona hasta el momento de		18 a 25 años 26-40 años 41-60 años 61 a 80 años >80 años	Proporción	Cuantitativa Ordinal

	su constatación (ej el ingreso al estudio de investigación)				
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres		Masculino Femenino	Proporción	Cualitativa nominal
Estado civil	Condición o status jurídico de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.	Estado civil declarado	-Unión Libre -Casado/a -Separado/a -Divorciado/a -Viudo/a -Soltero/a	Proporción	Cualitativo nominal
Nivel de instrucción	Se refiere al último año aprobado en el ciclo de educación más avanzado que declare haber cursado la persona en el Sistema Educativo	Años cursados de educación formal	Ninguno Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Superior Incompleta	Proporción	Cualitativa nominal

8.5 Anexo 5. CERTIFICADO DE REVISION Y REDACCION DE ABSTRACT

CERTIFICADO DE REVISION Y REDACCIÓN DE ABSTRACT

LCDA. MENDOZA LÓPEZ LADY VANESSA, con domicilio ubicado en Puerto Sol 1 Avenida 113, Mz. G, Villa 6, Manta; Magister en Enseñanza del Idioma Inglés y certificada con nivel B2 de Cambridge English Level 1 Certificate in ESOL International (First) 500/2705/0, por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado el **ABSTRACT** elaborada por el DR. MARCOS AGUSTIN ACUÑA ESPINOZA, con C.I. 1304805862, y el DR. MIGUEL ANGEL LOOR CEVALLOS, C.I. 1308093903, previo a la Obtención del Título de **ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**.

TEMA DEL TRABAJO DE TITULACION: EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD Y SU RELACION CON EL TIEMPO DE EVOLUCION, COMPLICACIONES Y TIPO DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD, DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LOS CENTROS DE SALUD MANTA Y SAN JOSE DE LA CIUDAD DE MANTA.

El abstract revisado ha sido escrito de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis requeridas en el idioma Inglés.



LCDA. LADY VANESSA MENDOZA LÓPEZ, Mg. E.I

C.I. 1309881439

Registro: 1025-12-86028945

Teléf. Cel.: 0994063739

lady.mendoza@uleam.edu.ec
vanessamendozalopez@gmail.com