



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y EL ESTILO DE
VIDA EN EL CONTROL GLUCEMICO DEL PACIENTE
DIABÉTICO TIPO 2. UMF 28 "GABRIEL MANCERA"**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A:
DRA. NORMA EDITH ALVARADO VALDEZ**

MÉXICO, D. F.

AGOSTO 2005

m. 348289



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN EL CONTROL
GLUCEMICO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2.
UMF 28 "GABRIEL MANCERA"**


P R E S E N T A

DRA. NORMA EDITH ALVARADO VALDEZ

AUTORIZACIONES



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA U.M.F
No.28 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ
PROFESOR ASIGNATURA "A" DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE METODOLOGIA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA EN EL CONTROL GLUCEMICO
DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2.
UMF 28 "GABRIEL MANCERA"**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE

P R E S E N T A

DRA. NORMA EDITH ALVARADO VALDEZ

AUTORIZACIONES DEL INSTITUTO




DR. GERARDO VELAZQUEZ ESPEJEL
DIRECTOR DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.28
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL




IMSS
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
CLINICA 28

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLINICO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA U.M.F
No.28 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

 U.M.F. No. 28
C.D.S.
RECIBIDO
AGO. 29 2005
BIBLIOTECA

INDICE

1. MARCO TEORICO	
1.1.1. Antecedentes	1
1.1.2. Epidemiología	1
1.1.3 Definición de Diabetes mellitus y clasificación	2
1.1.4 Factores de Riesgo para Diabetes mellitus tipo2	2
1.1.5 Diagnóstico	3
1.1.6 Tratamiento	4
1.1.7 Definiciones de Familia	5
1.1.7.1 Funciones de las Familia	6
1.1.7.2 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar	7
1.1.7.3 Ciclo Vital de la Familia	8
1.1.8 Calidad y estilo de vida	10
1.2 Planteamiento del Problema	12
1.3 Justificación	13
1.4 Objetivos	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivo específico	13
1.5 Hipótesis	14
2. MATERIAL Y METODOS	15
2.1 Tipo de estudio	15
2.2 Diseño de la Investigación	15
2.3 Población, lugar y tiempo	16
2.4 Tamaño de Muestra	16
2.5 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación	16
2.6 Variables	17
2.7 Definición conceptual y operativa de las variables	17
2.8 Diseño estadístico	19
2.9 Instrumento de recolección de datos	20
2.10 Método de Recolección de datos	20
2.11 Análisis de datos	20
2.12 Recursos humanos	20
2.13 Recursos materiales	21
2.14 Financiamiento	21
2.15 Consideraciones éticas	22
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS	23
4. DISCUSIÓN	29
5. CONCLUSIONES	31
6. ANEXOS	32
7. REFERENCIAS	36

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Gracias por todas las bendiciones que me ha dado, por darme fortaleza en los momentos difíciles y sobre todo por sentirme siempre protegida.

A MIS PADRES:

Gracias por el apoyo que siempre me han dado y por enseñarme que no importa las veces que tropiece o caiga, lo importante es levantarse y ver hacia el futuro.

A TODOS MIS HERMANOS:

Gracias por creer en mí y por todos los buenos momentos, pero sobre todo por que a pesar de la distancia siempre estamos juntos.

A LA DRA. SILVIA:

Gracias por ser el Angel que Dios puso en mi camino, sin usted habría sido muy difícil.

A TODOS MIL GRACIAS.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la influencia del apoyo familiar y el estilo de vida desde la percepción del paciente en el control glucémico del paciente diabético.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio prospectivo, transversal y descriptivo en la consulta externa de UMF #28 del IMSS de septiembre a noviembre del 2004, muestra no aleatorizada de 150 pacientes diabéticos tipo 2. Previo consentimiento informado se aplica encuesta evaluando funcionalidad familiar con APGAR familiar, y estilo de vida con cuestionario IMEVID (valora: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones, cumplimiento del tratamiento). Posteriormente se tomó del expediente clínico la última glucemia con fecha no mayor a 3 meses a la realización del estudio.

RESULTADOS:

De 150 pacientes 82%(123) familia altamente funcional, 14.7%(22) moderadamente disfuncionales y 3.3% (5) fuertemente disfuncionales. Estilo de vida: 38.67%(58) puntuación mayor de 78 puntos, 42% (63) de los pacientes tienen más de 60 puntos y menos de 78; los pacientes con puntuación menor a 60 puntos fueron el 19.33%(29). En cifras de glucemia 17%(25) tiene parámetros normales, 39%(60) tiene más de 130 y menos de 200mg/dl y 9%(13) con cifras mayores de 250mg/dl.

CONCLUSIONES:

El apoyo familiar es bueno desde la percepción del paciente en la mayoría, éste factor influye determinantemente en el control glucémico de los mismos; respecto al estilo de vida es determinante en los rubros de ejercicio, información sobre la enfermedad y alimentación, por lo que se debe incidir sobre éstos factores para mejorar el control glucémico de los mismos.

1. Marco Teórico

1.1.1 Antecedentes:

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Se manifiesta principalmente como hiperglucemia, aunque coexiste con hipertrigliceridemia. La diabetes tipo 2 es una condición heterogénea que no es atribuible a un solo mecanismo fisiopatológico, En general son necesarias tanto la resistencia a la insulina como una secreción deficiente de la insulina para que la enfermedad se manifieste. Existe asociación a un antecedente genético, sin embargo se requieren factores ambientales como la obesidad y estilo de vida sedentaria para liberar los genes.¹

1.1.2 Epidemiología

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que experimentara un mayor crecimiento en los próximos años. En 1995 la prevalencia mundial en la población mayor de 20 años era del 4.0%, estimándose que en el 2025 aumentara hasta el 5.4%, siendo la diabetes mellitus tipo2 la que incluye el 90% de los casos.²

La diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y defunción en México, la mortalidad por este padecimiento ha mostrado una tendencia ascendente en la segunda mitad del siglo pasado, el principal problema de esta enfermedad es la presencia de complicaciones metabólicas vasculares y neurológicas.³

En nuestro país la Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública con características de epidemia. Anualmente se registran mas de 180,000 casos nuevos y causa alrededor de 36 mil defunciones. Esto significa que en México, existen mas de cuatro millones de personas enfermas, es decir 2 de cada 10 personas no se diagnostican por carecer de servicios de salud. En el Instituto Mexicano del seguro social, la diabetes mellitus se sitúa entre las 5 causas primeras de consulta externa, su tasa de mortalidad se ha duplicado en la ultima década, se calcula que diariamente mueren 40 derechohabientes por diabetes.⁴

1.1.3 Clasificación de Diabetes Mellitus

En 1997 El Comité de expertos para el diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus avalados por la American Diabetes Association (ADA) clasifican la diabetes mellitus y definen la diabetes mellitus tipo 2 de la siguiente forma.⁵

- Diabetes Mellitus tipo 1: Caracterizada por la destrucción de las células beta del páncreas que conduce a deficiencia absoluta de insulina.
- Diabetes Mellitus tipo II: Puede ir de una resistencia a la insulina preponderantemente con deficiencia relativa de insulina hasta un defecto predominante de su secreción con resistencia a la misma.
- Diabetes gestacional: Es la presencia de diabetes la cual se diagnostica a partir de la semana 20 de gestación.
- Otros tipos específicos:
 - Defectos genéticos
 - Defectos del páncreas exócrino
 - Endocrinopatía
 - Diabetes inducida químicamente o por drogas

1.1.4 Factores de Riesgo para Diabetes mellitus tipo 2

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención a grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud, a definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud y mejorar la atención que se proporciona a aquellos que la requieren.¹

Factores de riesgo se dividen en No Modificables y Modificables. Los modificables son en los que más se logra incidir, ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien retarde su aparición y se modifique la evolución hacia complicaciones micro y macrovasculares.¹

Los factores de riesgo son:¹

Factores de Riesgo No Modificables:

- Ascendencia hispánica
- Edad igual o mayor a 45 años
- Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos)
- Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer ≥ 4 kg

Factores de Riesgo Modificables:

- Obesidad
- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Manejo inadecuado del estrés
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Estilo de vida contrario a su salud
- Índice de Masa corporal ≥ 27 kg/m² en hombres y ≥ 25 kg/m² en mujeres
- Índice cintura-cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres
- Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg
- Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
- HDL de colesterol

1.1.5 Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus fueron modificados en 1997 por el grupo de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) ratificados por la OMS en 1998, y son los siguientes.⁵

Síntomas de diabetes y una elevación casual de glucosa plasmática $> 0 = 200$ mg/dl

Causal es definido como cualquier momento del día sin relación a la ingesta del último alimento. Síntomas de la diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

Glucosa plasmática en ayuno (FPG) ≥ 126 mg/dl. Ayuno es definido como un periodo sin ingesta de alimento de al menos 8 horas.

Valor de glucemia plasmática a las 2 horas durante una curva de tolerancia a la glucosa (CTOG) con una carga de 75g de glucosa ≥ 200 mg/dl.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM)⁶

Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl y < 126 mg/dl.

Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las 2 horas poscarga es ≥ 140 mg/dl y ≥ 200 mg/dl.

1.1.6 Tratamiento

El tratamiento estará dirigido invariablemente tanto a los pacientes menores de 60 años como a los adultos mayores¹.

El tratamiento de la diabetes de acuerdo a la NOM tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones. Además debe incluir un tratamiento No farmacológico y un tratamiento farmacológico.

Los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno y/o intolerancia a la glucosa, requieren una intervención preventiva por parte del médico y el equipo de salud.

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo y la vigilancia.

1.1.6.1 Tratamiento No Farmacológico:

Debe comprender educación para la salud, plan alimentario, control de peso y actividad física.

Educación para salud: El control de la Diabetes Mellitus requiere modificaciones de los estilos de vida, y la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento. La educación del paciente diabético debe incluir aspectos básicos relativos a la diabetes y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, el automonitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones.

Es importante extender la educación a los familiares de los pacientes diabéticos, para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, dado que con frecuencia comparten factores de riesgo.

La educación individual y educación grupal mejoran el control metabólico de la diabetes tipo 2, la grupal optimiza la utilización de recursos sanitarios y debe promoverse en los centros de atención primaria, porque favorece condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida más saludable y permite modificar aspectos cognitivos.

- a) Plan Alimentario: Instaurar un régimen dietético respetando gustos, costumbres y preferencias alimenticias. El médico responsable del tratamiento indicará la dieta apropiada para cada paciente, de acuerdo con los requerimientos calóricos por kg/ida de peso ideal, y según las condiciones clínicas. El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas de tratamiento.
- b) Actividad Física: Antes de iniciar un plan de actividad física se requiere una evaluación completa por el médico con base en una historia clínica completa. Se recomienda ejercicio aeróbico de 50-70% de la frecuencia cardíaca de entrenamiento, mínimo 10 minutos y máximo 30 minutos, 3 a 4 veces por semana, incluso hasta 6 veces por semana para disminuir de peso con un mínimo de 4 horas a la semana. Realizar calentamiento durante 5 a 10 minutos con ejercicios estáticos de flexibilidad. Al terminar rutina realizar 5 a 10 minutos de ejercicios de recuperación con movimientos también de flexibilidad.

1.1.6.2 Tratamiento Farmacológico:

Los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Asimismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas y otros que en su momento apruebe la secretaria de salud.

1.1.7 Definiciones de Familia⁷

Latín Fámulas: Sirviente o esclavo domestico.

Definición de la OMS:

El conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio.

Consenso Norteamericano lo define como:

La familia es un grupo de 2 o mas personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos o de adopción.

En Canadá se ha definido la familia como:

El grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo.

1.1.7.1 Funciones

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de alteración de la salud sino también en su proceso de rehabilitación por lo que es importante conocer como perciben el cumplimiento de las funciones familias los miembros de la familia.

A continuación definimos cada una de las funciones familiares:

- **Socialización:** La tarea fundamental de la familia es transformar en un tiempo determinado a una persona totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con independencia para desarrollarse en sociedad.

- Cuidado: Función clave en la vida familiar, permite la preservación de nuestra especie, se identifican cuatro determinaciones en ella: alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional.
- Afecto: Esta actitud hacia nuestros semejantes se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia; en relación con esta gran necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, en gran medida nuestras relaciones familiares.
- Reproducción: Se ha definido a la familia como la encargada de “proveer nuevos miembros a la sociedad”, cabe aclarar que esta función va más allá de tal propósito ya que conlleva el compromiso de efectuar esta tarea familiar con responsabilidad, en el contexto de lo que se ha dado en llamar actualmente: Salud reproductiva.
- Estatus y Nivel socioeconómico: La familia es la institución mediadora entre el individuo y la sociedad, entenderemos claramente, como el conferir a un nuevo miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico equivale a transferirle derechos y obligaciones. Por otra parte las exigencias para formar nuevas familias, correspondientes al mismo nivel socioeconómico, es una medida de perpetuar privilegios y logros familiares.

El conocimiento de estas funciones es de gran utilidad para determinar la integración familiar.

1.1.7.2 Instrumentos para evaluar la funcionalidad familiar

APGAR FAMILIAR

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida que cumpla sus funciones básicas. El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias en riesgo. El instrumento se ha validado con pruebas especializadas.

El Dr. Smilkstein de la universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un

instrumento que se dirige por si mismo, que es entendido por personas con educación limitada y que en poco tiempo se puede completar. Se diseño para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:⁸

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

Para evaluar el instrumento se propusieron 3 respuestas (2,1,0) en cada parámetro; al sumar los 5 parámetros el registro oscila entre 0 y 10 puntos, que indican baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia.⁸

0-3 Puntos: Familia Fuertemente disfuncional

4-6 Puntos: Familia Moderadamente disfuncional

➤ 7 Puntos: Familia Altamente funcional

1.1.7.3 Ciclo Vital de la Familia

La familia puede ser analizada en base a los cambios que presenta con el tiempo. Los problemas de la familia cambian y consecuentemente las prioridades de las funciones familiares varían con el ciclo vital de la familia.

Existen muchas clasificaciones del ciclo vital de la familia, pero en el presente estudio utilizaremos la clasificación de Geyman:⁹

Fase de Matrimonio:

Cuando 2 personas se unen en matrimonio su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida, se combinan los recursos de las dos personas, sus papeles

cambian y se asumen nuevas funciones, uno de los principales problemas es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo las necesidades básicas de la personalidad del otro.

Las principales áreas de atención en esta fase son: Ajuste sexual, información sobre el control de la natalidad e interacción de la personalidad.

Fase de Expansión:

Inicia con la llegada de un nuevo miembro a la familia, es decir el primer hijo y termina cuando el primer hijo ingresa a la escuela. La llegada de un nuevo miembro a la familia crea tensiones porque el patrón de relaciones debe ser ajustado. Además la familia se ajusta y a cómoda a un nuevo miembro.

Fase de Dispersión:

Esta fase inicia con la entrada a la escuela del primer hijo. Los padres tienen que fomentar que el niño socialice, lo ayudan a tener autonomía y cubren sus necesidades, en la fase de dispersión tanto los padres como el hijo tienden a ser completamente independiente, a esto se agregan los rápidos cambios sociales y culturales, algunos autores consideran que estos cambios pueden ocasionar estrés y propician un rompimiento de los sistemas psicológicos en la familia.

Fase de Independencia

Para que la fase de independencia sea completa, los hijos deben ser independientes mientras se mantienen los lazos con los padres. Continuando las funciones de socialización, afecto y status. Los nuevos adultos pueden tener la responsabilidad del cuidado de los padres durante este tiempo.

Retiro y Muerte

Planeación para el fin de la vida familiar es tan difícil como planearlo al principio y es obvio que se hace con un entusiasmo diferente. El problema puede complicarse con una temprana incapacidad física especialmente si los recursos económicos están exhaustos.

El papel de los hijos que cuidan de sus padres no está claro, particularmente si su propio núcleo familiar se encuentra en fase de matrimonio o de expansión. Es muy difícil para las familias jóvenes tener que usar sus limitados recursos, cuidar a sus padres y proveer sus

propias necesidades. El incremento en la expectativa de vida aumenta este tipo de problemas.

1.1.8 Calidad y Estilo de Vida

Nuestro país, al igual que la mayoría de los países occidentales ha experimentado un proceso de envejecimiento progresivo, debido principalmente a un aumento en la natalidad y a un aumento en la longevidad. El uso conceptual de “calidad de vida” ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equivocadas entre médicos, políticos, investigadores y los propios pacientes. La Organización Mundial de Salud (OMS) en 1994 propuso una definición de consenso de calidad de vida: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.¹⁰

El estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados e intercambiados en muchos aspectos. La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) varía entre individuos y es un concepto dinámico. Individuos con diferentes expectativas sobre su CVRS pueden tener una percepción de su calidad de vida diferente, incluso si tienen la misma enfermedad. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva del paciente.¹¹

La Asociación Mundial de Medicina Familiar (WONCA) define “el estado funcional como la capacidad para desarrollar una determinada tarea o rol en un momento dado o durante un periodo determinado”. El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida con la salud.¹²

Si bien en el desarrollo de la diabetes tipo 2 intervienen factores genéticos y ambientales, el estilo de vida tiene un papel fundamental. En numerosos estudios se ha señalado la asociación del estilo de vida con la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. Wilson ha definido el estilo de vida como “el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario. Los instrumentos para medir el estilo de vida son escasos. El cuestionario FANTASTIC es un instrumento genérico diseñado por el departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Mc Master de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de Atención Primaria para

medir el estilo de vida en sus pacientes. Explora nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida.

Su aplicación en pacientes diabéticos demostró escasa correlación con los marcadores somatométricos y de control metabólico por lo que su utilidad clínica es limitada en este grupo de pacientes estudiados.¹³

El Instrumento para Medir el estilo de vida en Diabéticos (IMEVID) es un cuestionario específico, estandarizado, global y autoadministrado que ha sido creado para ayudar al médico de primer contacto a conocer y medir el estilo de vida en pacientes con DM2 de manera rápida y fácil. El instrumento está constituido por 25 preguntas cerradas agrupadas en 7 dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Cada ítem presenta 3 opciones de respuesta con calificaciones 4, 2 y 0, donde corresponde al valor máximo deseable en cada respuesta, para una puntuación total de 0 a 100 puntos, sin valores nones en la escala. Este instrumento tiene validez lógica y de contenido, así como un buen nivel de consistencia interna y de fiabilidad test-retest.¹⁴

1.2 Planteamiento del Problema

La diabetes mellitus es un problema de salud pública y se encuentra dentro de las diez primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel nacional. En la UMF 28 del IMSS existe una población de 3110 pacientes diabéticos, debido a la gran demanda de consulta es difícil llevar un seguimiento óptimo que se anticipe a las complicaciones de esta enfermedad aumentando el costo-beneficio a la institución.

El problema para el control del paciente diabético es multifactorial: uno es la falta de apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico lo que conlleva a un descontrol constante de la enfermedad, el sedentarismo que aumenta día con día, el apoyo familiar, estilo de vida, etc. estos son algunos de los factores que influyen de forma clara y precisa sobre el control de este tipo de pacientes. Debido a que existen pocos elementos de validación de estas aseveraciones en la literatura médica es importante conocer que tanto influye el estilo de vida en el control glucémico del paciente diabético, pero además es necesario identificar la percepción que tiene el paciente acerca del apoyo familiar y como influye sobre su control.

La medicina familiar se sustenta en tres ejes de acción que son: atención del individuo y su familia, continuidad o seguimiento y anticipación al riesgo, por lo que es importante controlar al paciente con la ayuda de la familia y el tratamiento farmacológico.

Por lo anterior planteamos la siguiente pregunta:

¿Influye el apoyo familiar y el estilo de vida de forma directa sobre el control glucémico del paciente diabético?

1.3 Justificación:

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el Médico familiar atiende al 80% de la Población en general y es el encargado de proporcionar atención médica a los pacientes diabéticos, así como derivar oportunamente a otras especialidades en caso de complicaciones.

Debido al incremento de la diabetes mellitus y a un mal control de la misma, las complicaciones se han aumentado en frecuencia, por lo que es importante mantener en óptimas condiciones a estos pacientes.

Por lo que se requiere evaluar el estilo de vida en esta población además del apoyo familiar, ya que es fundamental para incidir en la calidad de vida del paciente diabético.

1.4 Objetivos

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar la percepción del apoyo familiar que tiene el paciente diabético y el estilo de vida para su control glucémico.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Identificar el estilo de vida de pacientes diabéticos tipo 2 a través del cuestionario IMEVID en la UMF 28
- b) Evaluar el Apoyo familiar que tienen los pacientes diabéticos mediante la aplicación de APGAR familiar.
- c) Conocer la estructura familiar del paciente en estudio
- d) Identificar la etapa del ciclo de vida familiar en que se encuentra.
- e) Evaluar el control glucémico de los pacientes en estudio.

1.5 Hipótesis

H₀: El estilo de vida y el apoyo familiar influyen en el control glucémico del paciente diabético.

H_a: El estilo de vida y el apoyo familia no influyen en el control glucémico del paciente diabético

2. Material y Métodos

2.1 Tipo de estudio

Es un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo

2.2 Diseño de la Investigación:

DISEÑO DEL ESTUDIO: Prospectivo, transversal y descriptivo.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, y descriptivo durante un periodo de 3 meses en la UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante los cuales se seleccionaron pacientes diabéticos tipo 2 a los cuales previo consentimiento informado se realizó la evaluación del APGAR familiar que mide la funcionalidad familiar, el cual está constituido por 5 reactivos que valoran la adaptabilidad, compañerismo, desarrollo, afectividad y resolución. Incluye 3 categorías de respuesta (casi siempre, algunas veces y casi nunca) con un puntaje de 0,1 y 2 siendo el valor mayor 2 puntos y sumando en conjunto un máximo de 10 puntos.

Además se realizó la aplicación del cuestionario IMEVID, el cual mide estilo de vida; este cuestionario está constituido de 25 preguntas agrupadas en 7 dimensiones: Nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento de tratamiento. Cada ítem presenta 3 opciones de respuesta con calificaciones 0, 2, 4; donde 4 corresponde al valor máximo para una puntuación total de 0 a 100 puntos, sin valores nones en la escala. Al final de la aplicación de los cuestionarios APGAR e IMEVID se entrevistó a cada uno de los pacientes participantes y se les interrogó sobre el número de personas que viven con ellos y el grado de parentesco por consanguinidad o afectividad integrando el tipo de estructura que tienen cada uno de ellos, así mismo se preguntó su ocupación y etapa del ciclo vital de la familia en la que se encuentran, así como sobre la información específica con que cuentan sobre la enfermedad y su manejo, identificándose serias deficiencias en cuanto al tipo de alimentación que presentan, el desconocimiento del beneficio del ejercicio y su apego al tratamiento farmacológico, además percibió que estos pacientes han acudido a muy pocas sesiones de educación para la salud pero que presentan la inquietud por conocer más acerca de su padecimiento. Finalmente se acudió a los expedientes clínicos obteniéndose de los mismos la última glucemia de los últimos

3 meses, la cual se tomó como parámetro para elaborar el presente estudio de investigación.

2.3 Población, lugar y tiempo

Se realizó un estudio investigación en pacientes diabéticos de la UMF 28 a quienes se les aplicó dos instrumentos uno para evaluar estilo de vida (IMEVID) que esta constituido de 7 áreas y APGAR Familiar que evalúa 5 áreas, en un periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2004.

2.4 Muestra

La muestra es de tipo no probabilística, representativa, con una confianza (z) de 94% (1.88), error (e) del 9% (.09) y una variabilidad de p .75. El tamaño de muestra fue de 141 pacientes, se ajustó a 150 para aquellas encuestas que se tuvieran que eliminar durante el transcurso de la investigación.

2.5 Criterios

2.5.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes diabéticos tipo 2
- Derechohabientes de la UMF 28
- Ambos sexos
- Con vigencia de derechos
- Que acepten contestar la encuesta previo consentimiento informado
- Con diagnóstico de mas de 10 años de evolución
- Determinación de glucosa en un periodo de 3 meses a la fecha
- Pacientes sin complicaciones

2.5.2 Criterios de exclusión

- Que no acepten contestar la encuesta aun con el consentimiento informado
- No Derechohabientes de la UMF 28
- Pacientes no diabéticos
- Que no tengan vigencia

- Pacientes con alguna complicación

2.5.3 Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos
- Que fallezcan
- Cambio de domicilio o cambio de clínica

2.6 VARIABLES: (tipo y escala de medición)

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables.

Variable Independiente: Diabetes Mellitus tipo 2.

Variabes dependientes estilo de vida y apoyo familiar

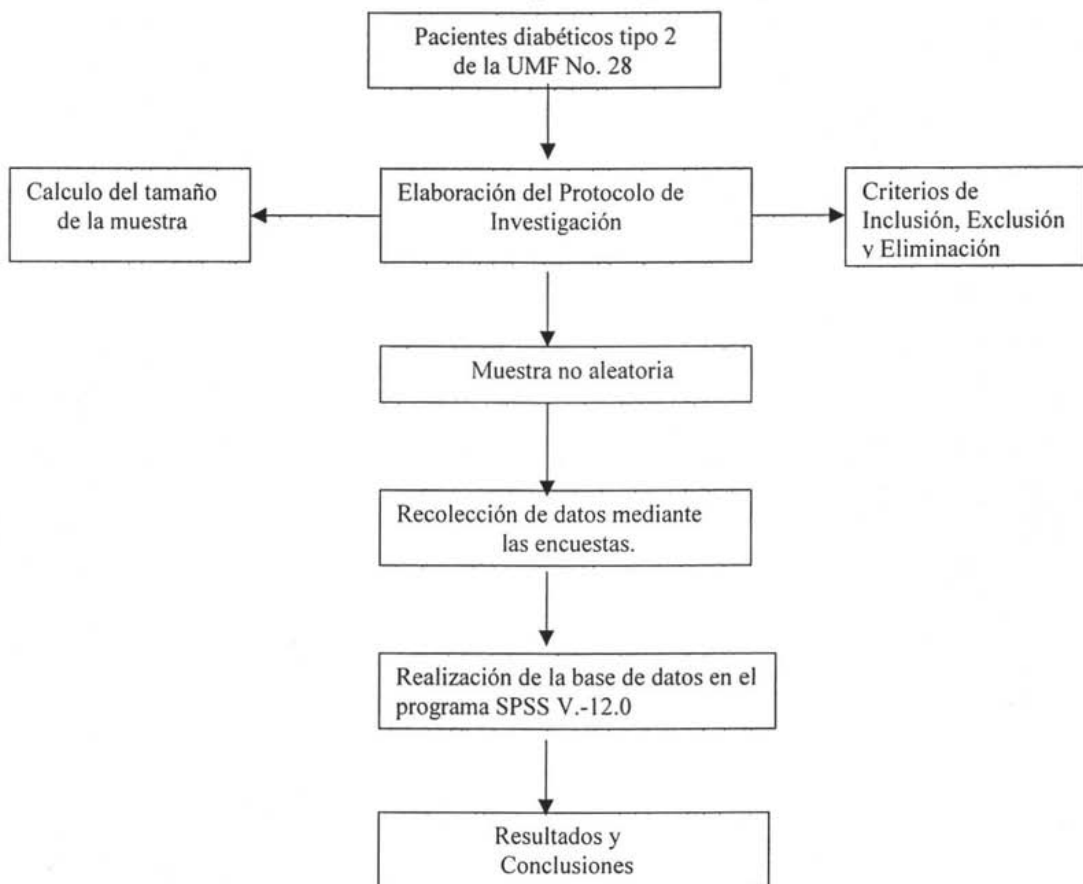
Cualitativa, nominal.

VARIABLES: Tipo, Escala de medición, definición conceptual y operacional

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Diabetes mellitus 2	Cualitativa	Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia resultante del déficit en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas	Criterios diagnósticos NOM	Nominal
Estilo de vida	Cualitativa	Es el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las cuales se tiene algún grado de control voluntario	Aplicación de la escala IMEVID	Nominal
Sexo	Cualitativa	Genero	Masculino 1 Femenino 2	nominal
Edad	cuantitativa	Años cumplidos por cada paciente.	Se le preguntara al paciente los años vividos	escalar
Ocupación	Cualitativa	Actividad a la que se dedica el paciente y por la cual recibe un pago monetario.	Se le preguntara al paciente en que trabaja	Nominal
Estructura familiar	Cualitativa	Integrantes cohabitan con el paciente y viven bajo el mismo techo, teniendo lazos de consanguinidad o afectividad.	Se le preguntara al paciente quienes viven en su casa : 1 nuclear 2 extensa 3 monoparental 4 equivalentes familiares 5 persona que vive sola	nominal
Etapas del ciclo vital	Cualitativa	Según la clasificación de Gemian etapas del ciclo vital en que se encuentra la familia del paciente en estudio.	1 matrimonio 2 expansión 3 dispersión 4 independencia 5 retiro y muerte	Nominal
Cifras de glucosa	cuantitativa	Determinación perica de glucosa sanguínea.	Las cifras tomadas en un periodo de 3 meses, reportadas en el expediente clínico	Escalar
APGAR	Cualitativa	Evaluación de la funcionalidad familiar a través de la aplicación de un instrumento constituido por 5 preguntas. (anexo 1)	0-3: Altamente disfuncional 4-6: Moderadamente disfuncional 7-10: Altamente funcional	nominal

2.8 Diseño estadístico.

Este diseño se realizó conforme al siguiente diagrama de flujo:



2.9 Instrumento de recolección de datos

Se recolectaron los datos con el formato de el cuestionario IMEVID para evaluar el estilo de vida, formato de APGAR familiar y formato realizado para el presente estudio en donde Se recabó información como es la edad, sexo, ocupación, estructura de la familia, etapa del ciclo vital familiar, cifra de glucemia y número de afiliación.

2.10 Método De Recolección de Datos:

Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del año 2004 se llevó a cabo la recolección de datos, a través de la consulta externa se identificó a los pacientes diabéticos tipo 2 que cumplieron los criterios de inclusión, y que aceptaron participar en la presente investigación. Previo consentimiento informado, se les aplico la evaluación del APGAR familiar y del cuestionario IMEVID para valoración del estilo de vida al terminar su consulta habitual mensual, posteriormente se recolecto la última determinación de glucosa serica con fecha no mayor a 3 meses. Además en un formato especial se recolectaron otros datos importantes para la presente investigación, como es la etapa del ciclo vital de la familia en que se encuentra el paciente en estudio, ocupación y la clasificación de su estructura familiar.

2.11 ANÁLISIS DE DATOS:

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS versión 12.0, con el cual se estudiaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y medidas de resumen (frecuencia, porcentajes, mediana, moda, promedio y desviación standard.) Para la aceptación o rechazo de la hipótesis se realizara el análisis mediante la aplicación de la prueba estadística Ji cuadrada

2.12 RECURSOS HUMANOS:

- 2 Médicos, el investigador y el asesor
- 1 asistente médico previamente capacitada

2.13 RECURSOS MATERIALES:

- Hojas blancas
- Fotocopias
- Lápices
- Lapiceros
- Computadora
- Disco 3 1/2, CD.
- Impresora
- Expedientes clínicos
- Escritorio
- Silla
- Folders
- Revistas y libros de consulta.

2.14 FINANCIAMIENTO:

Este Proyecto no cuenta con financiamiento, se realizara con los recursos propios del investigador.

2.15 CONSIDERACIONES ETICAS:

De acuerdo Al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud , vigente en nuestro país el presente trabajo se apega al titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, categoría 1, “investigación sin riesgo”, debido a que los individuos que participaron en el estudio, únicamente aportaron datos a través de una entrevista y se revisaron expedientes clínicos, lo cual no provoca daños físicos, ni mentales; así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, octubre 2000 Esta investigación requiere del consentimiento de los pacientes a participar en el mismo, por lo que se realizara firma del formato de consentimiento informado, en donde se les especifica las condiciones en que se realizara la presente investigación, y se aclara que los riesgos son nulos al participar en la misma, además de que la información es confidencial y será utilizada únicamente para los fines de la presente investigación.

3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS:

Los resultados obtenidos aportan lo siguiente:

En la variable sexo: se observó que de 150 pacientes que participaron en el estudio el 36.7% eran del sexo masculino (55), mientras que del sexo femenino eran el 63.3% (95), los resultados se muestran en el cuadro 1

Cuadro 1
sexo del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	55	36.7
FEMENINO	95	63.3
TOTAL	150	100.0

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

La variable edad: se observó una frecuencia de 3 (2%) en el grupo de menores de 40 años, en el grupo de 40 a 49 años se presentó una frecuencia de 6 con un porcentaje de 4% en el grupo de 50 a 59 años de edad alcanzó una frecuencia de 39(26%), mientras que en el grupo de 60 a 69 años la frecuencia presentada fue de 57 (38%), en el grupo de 70 a 79 años la frecuencia observada de 35(23.3%) y en el grupo mayores de 80 años hubo una frecuencia de 10(6.7%). Presentándose el mayor número de casos dentro del grupo de 60 a 69 años y la frecuencia mínima dentro del grupo menores de 40 años con solo 3 paciente en este grupo de edad.(cuadro 2)

Cuadro 2
Edad del paciente de la UMF 28
encuestado de octubre – noviembre de 2004

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<40 años	3	2%
40 a 49 años	6	4%
50 a 59 años	39	26%
60 a 69 años	57	38%
70 a 79 años	35	23.3%
> 80 años	10	6.7%
TOTAL	150	100%

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

Ocupación del paciente:

En la evaluación de esta variable cabe resaltar que el mayor porcentaje esta dentro del grupo de Amas de casa con un 39.3% (59), seguida de jubilados y pensionados con un porcentaje de 17.3% (26) y 15.3% (23) respectivamente, siendo el porcentaje menor en la de profesionista y comerciante con solo un 4 % (6) y otras ocupaciones el 11.3% (17). (cuadro 3).

Cuadro 3
ocupación del paciente

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	59	39.3
JUBILADO	26	17.3
PENSIONADO	23	15.3
PROFESIONISTA	6	4.0
OBRERO	17	11.3
COMERCIANTE	6	4.0
OTROS	17	11.3
TOTAL	150	100.0

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

En la variable cifra de glucosa del paciente:

observamos que solamente el 17% (25) de los pacientes ingresados en el presente estudio de investigación se encuentran dentro de parámetros normales de glucosa, siendo el grupo de 105 a 130 mg/dl de glucosa el que se ha controlado adecuadamente presentando un porcentaje de 22% (34) además del primer grupo que se encuentra en valores óptimos; el grupo de 131 a 150 encontramos un porcentaje de 17% (26), el grupo de 151 a 200 es el que mayor frecuencia ha presentado con un porcentaje del 27% (40), y es muy importante resaltar que el 39% (65) del total de pacientes evaluados se encuentran con cifras de glucosa por arriba de 150 mg/dl. (cuadro 4).

Cuadro 4
Cifra de glucosa del paciente

GLUCOSA MG/DL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 105	25	17
105 a 130	34	22
131 a 150	26	17
151 a 200	40	27
201 a 250	12	8
251 a 300	6	4
> 300	7	5
Total	150	100

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

Dentro de la clasificación estructural de la familia observamos que el 44%(n=66) de estos pacientes corresponden a una familia nuclear, seguidos del 22.7% (n=34) que corresponde a la familia extensa, después encontramos a la familia monoparental con 14.7 %(22), el 12.7%% (n=19)) corresponde a persona que vive sola y la frecuencia mínima se encontró dentro de los equivalentes familiares con un 9% (6). Cuadro 5.

Cuadro 5
Clasificación estructural de la familia

ESTRUCTURA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nuclear	66	44.0
Extensa	34	22.7
Monoparental	22	14.7
Equivalentes familiares	9	6.0
Persona que vive sola	19	12.7
Total	150	100.0

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

Etapa del ciclo de vida de la familia:

Los datos obtenidos muestran que el 64.7% (n=97) de la población en estudio corresponde a pacientes en etapa de retiro, lo que coincide con la ocupación. El siguiente grupo en orden de frecuencia es el grupo en etapa de independencia que corresponde a 28% (n=42), seguido por el grupo en etapa de dispersión con solamente el 4.7%(n=7), después encontramos la etapa de matrimonio con el 2% (n=3) y la frecuencia mínima en el grupo en etapa de expansión con 10.7%(n=1) de los casos.

Cuadro 6
Etapa del ciclo vital de la familia

ETAPA DEL CICLO VITAL DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MATRIMONIO	3	2.0
EXPANSIÓN	1	0.7
DISPERSIÓN	7	4.7
INDEPENDENCIA	42	28.0
RETIRO	97	64.7
TOTAL	150	100.0

Fuente: de la encuesta aplicada
N150

Evaluación del APGAR familiar:

Esta variable es muy importante en nuestro estudio porque evaluamos el apoyo familiar que reciben este grupo de pacientes. De la información obtenida en este estudio observamos que el 82% (n=123) de los pacientes evaluados se clasifican como familia altamente funcional, seguidos del 14.7% (n=22) que se clasifican como moderadamente disfuncional, y el 3.3% (5) como fuertemente disfuncional. Es importante hacer mención que dentro del ultimo grupo encontramos un paciente que califico con 0 de apgar. De esta información se desprende que a pesar de tener un 81.4% de pacientes con familias funcionales, los pacientes diabéticos incluidos en este estudio solo tenemos dentro de parámetros normales de glucosa al 17% de los mismos pacientes. Además de que podemos observar de que de un total de 150 pacientes diabéticos aún cuando un alto porcentaje tiene una familia altamente funcional solo el 39% de ellos se encuentran con un control adecuado de la enfermedad encontrándose con cifras de glucemia menor a 130 mg/dl. (Cuadro 7).

Cuadro 7
Calificación total del apgar

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7 A 10 PUNTOS ALTAMENTE FUNCIONAL	123	82.0
4 A 6 PUNTOS MODERADAMENTE FUNCIONAL	22	14.7
0 A 3 PUNTOS FUERTEMENTE DISFUNCIONAL	5	3.3
TOTAL	150	100.0

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

Evaluación del estilo de vida:

Dentro de esta evaluación obtuvimos que el 22.6% (22) de los pacientes evaluados presentaron una puntuación menor a 60 puntos, dentro del grupo de 61 a 78 puntos se presento una frecuencia de 47 (48.45%) siendo este el grupo con mayor numero de casos y dentro del grupo con mas de 80 puntos la frecuencia presentada es de 28 (28.86%). Este cuestionario valora que a mayor puntuación mejor estilo de vida.

Cuadro 8
Evaluación del estilo de vida (cuestionario IMEVID)

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 60 puntos	29	19.33
61 a 78 puntos	63	42
> 78 puntos	58	38.67
Total	150	100

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

En el cuadro 9 se muestra que de un total de 150 pacientes evaluados con respecto a la edad se presentó una media de 63.67 años, una mediana de 64 años, una moda de 62 años. Con una desviación estándar de 10.47, y la edad mínima presentada es de 36 años con edad máxima de 88 años.

Respecto a la evaluación de la cifra de glucosa del paciente encontramos que de 150 pacientes la media presentada es de 156.87mg/dl, mediana de 140mg/dl, moda de 120mg/dl, con desviación estándar de 60.60, una glucosa sérica mínima de 77mg/dl y una glucosa seria máxima de 394mg/dl.

En la evaluación del estilo de vida se encontró de un total de 150 pacientes una media de 73.53 puntos, con mediana de 74 puntos, moda de 74 puntos, desviación estándar de 12.68, una puntuación mínima de 38 y máxima de 100.

**Estadísticas
Cuadro 9**

	EDAD DEL PACIENTE	CIFRA DE GLUCOSA DEL PACIENTE	CALIFICACIÓN TOTAL DE LA EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA
MEDIA	63.67	156.87	73.53
MEDIANA	64.00	140.00	74.00
MODA	62	120	74
DESVIACIÓN ESTANDAR	10.47	60.60	12.68
MINIMIZO	36	67	38
MÁXIMO	88	394	100

Fuente: de la encuesta aplicada
150 n

Para llevar a cabo la prueba chi cuadrada y comprobar que las diferencias en las frecuencias encontradas entre el estilo de vida, APGAR familiar y el control del paciente diabético tienen significancia a los resultados se les aplicó prueba de normalidad, encontrándose que efectivamente son normales los datos. Los resultados obtenidos después de aplicar dicha prueba se encontró que efectivamente tanto el apoyo familiar como el estilo de vida si influyen para un control óptimo de estos pacientes.

4. DISCUSIÓN:

Durante el presente estudio se observó que el 82% de los pacientes estudiados tienen una familia altamente funcional según la evaluación del APGAR familiar, sin embargo, cabe hacer mención que un 3.3% presentan familia altamente disfuncional, encontrando un solo caso en que el paciente calificó 0 la puntuación total, lo cual marca un punto importante a tratar de detectar en la consulta externa para otorgar apoyo importante enviando a estos pacientes a psicoterapia grupo de apoyo debido a que en estudios anteriores en esta misma unidad de medicina familiar se ha demostrado que los pacientes que reciben este tipo de apoyo tienen mayor adherencia al tratamiento, refuerzan la autoestima y modifican su estilo de vida de forma importante¹.

Además en la evaluación del estilo de vida (aplicación de cuestionario IMEVID) observo que solo el 19.33% obtuvo una puntuación de 60 puntos o menos, sin embargo las menores puntuaciones se obtuvieron en los rubros de ejercicio (solo el 45.3% refiere ejercitarse al menos 3 veces por semana durante 15 minutos); un alto porcentaje (el 72%) utiliza el tiempo libre para hacer trabajos en casa y ver televisión, el 55.3% no trata de informarse sobre la diabetes mellitus tipo 2, solo el 28% de los pacientes entrevistados acudido a 4 o más pláticas sobre esta enfermedad y el 52% refiere seguir una dieta para diabético; sin embargo es importante recalcar que se les interrogó sobre la dieta para diabético y la mayoría no saben diferenciar sobre los alimentos permitidos y no permitidos, ni cantidades; por lo que esta falta de información puede ser un factor determinante además de los factores mencionados para que no se controlen estos pacientes, porque a pesar de esto un alto porcentaje 80.7% refiere seguir las indicaciones de su médico, además de que es importante para estudios posteriores evaluar si el tratamiento farmacológico es adecuado a las características de cada paciente. Se realizó comparación de resultados de la valoración del estilo de vida y aplicación del mismo cuestionario IMEVID en estudios previos en pacientes diabéticos los cuales demostraron en que los sujetos con mejor información sobre la diabetes enfocados a las dimensiones nutrición, actividad física y cumplimiento terapéutico tienden a mejorar su cumplimiento del tratamiento farmacológico, del plan alimentario y actividad física, conformando el "estilo de vida" que puede ser favorable para el control metabólico⁴.

También este estudio muestra que la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 estudiados son pacientes en etapa de retiro siendo el 64.7%, lo cual coincide con la ocupación observada que es población económicamente inactiva, lo que nos indica que se puede incidir sobre ellos realizando sesiones de educación para la salud, previa programación porque son pacientes que necesitan urgentemente una orientación e información sobre la enfermedad, sus riesgos y complicaciones, debido a que diferentes estudios han demostrado beneficios reales de los programas educativos en diabetes y se ha constatado que la educación no mejora únicamente los conocimientos y las tomas de decisiones sino que además reduce el costo sanitario y social de la enfermedad.¹⁵

Además en el presente estudio se observó que la mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2 se encuentra con la glucemia por arriba de los límites normales, y que solo una pequeña de los pacientes se encuentra en rangos normales. De los pacientes estudiados la mayoría fueron evaluados como familias altamente funcionales. respecto al estilo de vida se observó que a pesar de que la mayoría de los pacientes refiere seguir las instrucciones de su médico una gran parte no tiene información sobre la enfermedad, con la consiguiente transgresión dietética y sedentarismo, los cuales son factores muy importantes a los que se debe dar prioridad en la consulta externa. De aquí que sea importante una buena orientación alimentaria durante la consulta y una buena información sobre la enfermedad, así como de sus probables complicaciones, debido a que de esta forma se puede incidir directamente sobre las modificaciones al estilo de vida que es un factor importante en el descontrol del paciente.

Con estos datos se observa que el mayor número de pacientes que ingresaron en este estudio está conformado por pacientes de familias nucleares, son población económicamente inactiva lo cual coincide la etapa del ciclo vital de la familia en que se encuentra en etapa de retiro y muerte.

5. CONCLUSIONES:

Finalmente se concluye que en este estudio el apoyo familiar es bueno en la mayoría de los pacientes encuestados, y que también lograron buen puntaje en la evaluación del estilo de vida, éstos son factores que influyen determinadamente en el control glucémico del paciente diabético, sin embargo la mayor parte de los pacientes diabéticos no se encuentran con cifras de glucemia en rangos normales ni dentro de parámetros considerados como control adecuado ($<130\text{mg/dl}$), los rubros de el estilo de vida encontrados con mayores deficiencias y principales factores negativos son la falta de información sobre la enfermedad así como la transgresión dietética y sedentarismo sobre los cuales se debe enfocar el médico de primer nivel de atención para lograr incidir de forma efectiva en este tipo de pacientes y lograr un control glucémico de los mismos.

6. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio: "Aplicación del cuestionario IMEVID en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 28 del IMSS; correlación entre el estilo de vida y el control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2".

Cuyo objetivo es establecer si existe correlación entre el estilo de vida y un buen o un mal control metabólico de este tipo de pacientes.

Los riesgos a mi persona serán nulos, y los resultados serán utilizados por el equipo que integra la investigación, para los fines propios de la misma, además de que la información proporcionada será de carácter estrictamente confidencial, dichos resultados no verán afectada mi integridad física ni moral.

Esta carta de consentimiento e investigación se encuentran apegadas al los artículos 1 y 9 de la declaración de Helsinki de 1974, por lo cual tiene un 100% de confiabilidad y seriedad.

Firma del Participante

Testigo

Responsable de la Investigación

Instructivo

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

Le suplicamos responder todas las preguntas.

Fecha:

Nombre: _____

Sexo: F M

Edad: _____ años.

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

* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos

Gracias por sus respuestas

APGAR FAMILIAR
ANEXO 3

	CASI NUNCA (0)	ALGUNAS VECES (1)	CASI SIEMPRE (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene ACTIV problema?			
¿Conversan entre ACTIVIDAD los problemas que tienen en casa?			
¿Las ACTIVIDADES importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho con el tiempo que su familia y ACTIV pasa juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
ANEXO 4

ENERO A MARZO DE 2004	TITULO Y BIBLIOGRAFIA
ABRIL A JUNIO DE 2004	MARCO TEORICO
JULIO A AGOSTO DE 2004	ELABORACIÓN DE ANEXOS Y FORMATOS PARA RECOLECCION DE DATOS
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE 2004	RECOLECCION DE DATOS
DICIEMBRE 2004	ANÁLISIS DE DATOS
ENERO 2005	ANÁLISIS DE DATOS
FEBRERO A ABRIL 2005	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE RESULTADOS
MAYO A JULIO 2005	CONCLUSIONES
AGOSTO 2005	ANÁLISIS FINAL DEL PROYECTO

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alpizar SM. Guía para el manejo del paciente diabético. Ed. Manual Moderno, México 2001; pp:5-30.
2. Ibáñez BM, Barutell RL y Jaunsolo BM.A. Manejo en atención primaria de la vasculopatía diabética: diagnostico y control. Aten Primaria 2004-33(5):267-76.
3. Escobedo de la Pena, J.B. Rico Verdin. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus en México. Salud Pub Mex 1996;38:236-242'
4. Mateo A L. Impacto de la psicoterapia de grupo de apoyo en la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis Febrero 2002.
5. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.Gestacional Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2 año; vol(num):pag.32-48.
6. MODIFICACIÓN a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
7. Irigoyen Coria AE, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, México, Medicina Familiar, 2002, pp 7-52.
8. Arias CL, Herrera JA.El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica 1994; 25 26-8.
9. Taylor RV. Principios y practica de Medicina de Familia. Edit Mosby 3ª. Edición, Barcelona, españa, 1996; pp47-53.
10. Casado, Gonzalez N, Morales S, Carmona J y.GomezCalcerrada R.M -.Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28(3):167-171.
11. Badia Llach- Lizan L.Tudela. Estudios de Calidad de Vida.Aten Primaria 2002; 29(6); 355-361.

12. Lizan Tudela L y Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29(6):378-384
13. Rodríguez Moctezuma, J.M. López Carmona, J.L. Munguía Miranda, Martínez Bermúdez. Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en diabéticos. *Rev Med IMSS* 2003; 41(3):211-220.
14. M. López J., Moctezuma J.R., Ariza-Andraca C.R., Martínez Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Aten Primaria* 2004; 33(1):20-7.
15. Dalma, Bernal G.G, Aguilar Martín.C, Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003;32(1):36-41.