



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO.76 URUAPAN, MICHOACÁN**

**“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS:
COMPARACIÓN DE POBLACIÓN RURAL Y URBANA”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

ZAMORA MAGAÑA YOLANDA

URUAPAN, MICH.

2007



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.

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA**

"CÉDULA DE REVISIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN FINAL"

El objetivo de la presente cédula, es hacerle llegar a usted los comentarios de su investigación final. Para la aprobación de esta, es indispensable efectuar los cambios señalados en los apartados correspondientes. Es conveniente que continúe el desarrollo del trabajo con su profesor titular.

Nombre del alumno: DRA. YOLANDA ZAMORA MAGAÑA
Sede Académica: Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 76, Uruapan, Michoacán.
Fecha de revisión: 23 de noviembre de 2007
Profesor que revisa el trabajo: Dra. María Guadalupe Grijalva
Título del trabajo: "ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS: COMPARACIÓN DE POBLACIÓN RURAL Y URBANA"

- 1.- Título: Adecuado.**
- 2.- Marco Teórico (marco de referencia o antecedentes) Adecuado**
- 3.- Planteamiento del problema: Adecuado**
- 4.- Justificación: Adecuada.**
- 5.- Objetivos: Adecuados.**
- 6.- Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos) Adecuadas (tanto la hipótesis de trabajo como la hipótesis nula)**
- 7.- Metodología: Adecuada**
- 8.- Resultados: Adecuados**
 - Descripción de los resultados: Adecuados
 - Tablas (cuadros) y gráficas: Adecuadas.
- 9.- Discusión (análisis) de los resultados encontrados: Adecuada.**
- 10.- Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigado): Adecuadas**
- 11.- Referencias bibliográficas: Adecuadas**

Conclusiones: ACEPTADA

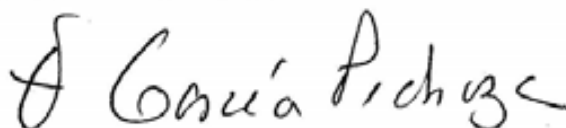
**"ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS: COMPARACION DE
POBLACION RURAL Y URBANA"**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

ZAMORA MAGAÑA YOLANDA

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

URUAPAN, MICH.

2007

“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS: COMPARACIÓN DE POBLACIÓN RURAL Y URBANA”

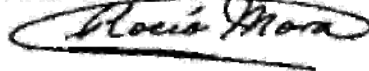
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. YOLANDA ZAMORA MAGAÑA

AUTORIZACIONES

**DRA. MARIA DEL PILAR ROCÍO MORA CONTRERAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES.**

SEDE UMF 76 URUAPAN MICH.



**MTRO. EN MEDICINA SOCIAL JORGE AGUILAR HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGICO**



**DR. J. MELQUIADES JERÓNIMO CAMACHO PERÉZ
ASESOR DE TEMA**



URUAPAN, MICH.

2007

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y amor a mis padres, Antonio Zamora Fernández y a mi madre Ángela Magaña Zamora que aunque ya no está conmigo la llevo en mi corazón.

A mis hijas Brenda y Karen con todo mi cariño y amor ya que han sido mi motor para seguir adelante.

Con todo mi cariño a mis hermanas y hermanos que siempre me han apoyado en todo.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Jorge Aguilar Hernández por su apoyo y el tiempo concedido.

A la Dra. Rocío Mora por su desempeño en la enseñanza y por ser una guía hacia el final de esta meta, para lograrlo en forma satisfactoria y con orgullo.

Al Dr. Jerónimo Camacho Pérez por el apoyo y la paciencia concedida.

Al Matemático y Analista Carlos Gómez Alonso por toda su ayuda.

INDICE

I.- DEDICATORIA.....	5
II.- AGRADECIMIENTOS.....	6
III.- RESUMEN.....	8
IV.- INTRODUCCIÓN.....	9
V.- ANTECEDENTES.....	10
VI.- OBJETIVO.....	20
VII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
VIII.- JUSTIFICACIÓN.....	21
IX.- HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	21
X.- HIPÓTESIS NULA.....	21
XI.- TIPO DE ESTUDIO.....	21
XII.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
XIII.- RESULTADOS, ANÁLISIS ESTADÍSTICO, GRÁFICAS Y TABLAS.....	29
XIV.- DISCUSIÓN.....	62
XV.- CONCLUSIONES.....	65
XVI.- RECOMENDACIONES.....	66
XVII.- BIBLIOGRAFIA.....	67
XIX.- ANEXOS.....	72

RESUMEN

“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS: COMPARACIÓN ENTRE POBLACIÓN RURAL Y URBANA”

INTRODUCCIÓN

En todas las épocas la práctica médica ha estado orientada a curar la enfermedad. En la actualidad son más importantes las acciones preventivas. Por lo tanto es necesario conocer los estilos de vida en los pacientes diabéticos para desarrollar herramientas que ayuden al personal médico y a los pacientes a cambiar estilos de vida desfavorables para mejorar el curso clínico de esta enfermedad, y así decidir de manera conjunta maniobras de intervención específica para modificarlos y evitar las complicaciones a largo plazo.

OBJETIVO

Comparar el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 de una población rural y una población urbana.

MATERIAL Y METODOS

Se aplicó el instrumento de evaluación sobre estilo de vida (anexo 1) a 361 pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF-76 de Uruapan, Mich., y 157 pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF-26 de Taretan, Mich. previo consentimiento informado (anexo 2). Dicho instrumento fue llenado por el investigador. El instrumento de evaluación está basado en una encuesta para medir estilo de vida en diabéticos que incluye siete dominios que son: Nutrición, actividad física, tabaco, alcohol, información de Diabetes, manejo de emociones, y cumplimiento terapéutico; con 25 ítems a contestar para un total de 100 puntos, donde el valor más alto es para quien tiene mejor estilo de vida; considerando que un resultado de más de 80 traduce un estilo de vida favorable, de 60 a 80 como poco favorable y de menos de 60 como desfavorable. Además se manejaron preguntas sobre variables sociodemográficas, como edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución. Se presentó en el Comité de Investigación del HGZ-8 de Uruapan Mich. y se tomaron en cuenta los códigos de Ética de Nuremberg y de Helsinki para recomendaciones específicas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizó estadística descriptiva de cada variable para cada uno de los grupos, y para conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos se utilizó del programa SPSS versión 15, la CHI cuadrada.

RESULTADOS: Los pacientes de la localidad de Uruapan tienen mejor estilo de vida que los pacientes de la localidad de Taretan; los pacientes de Taretan tienen escolaridad muy baja, además su información y educación es más deficiente, existe mayor tendencia a la depresión y hacen menos ejercicio que en Uruapan. Los hombres tienen mejor estilo de vida que las mujeres, así como los solteros. Los viudos tienen el estilo de vida más desfavorable, así como los pacientes de 18 a 39 años de edad.

CONCLUSIONES: Se concluye que el mejor estilo de vida lo tiene Uruapan, esto deja sin fundamento la hipótesis de trabajo y se acepta como verdadera la hipótesis nula. Fué importante conocer el estilo de vida en las áreas rural y urbana, a fin de implementar estrategias educativas encaminadas a su mejoramiento, para disminuir las complicaciones crónicas de la Diabetes.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes mellitus constituye un problema de salud en México. En 1985 la organización mundial de la salud (OMS) estimó la existencia de 50 millones de personas con Diabetes mellitus, diez años después, el número alcanzó 135 millones. En la actualidad se estima que existen 140 millones en el mundo. Con una prevalencia de 9% en el área urbana y el 3.2% en la comunidad rural. Actualmente se registran más de 180,000 nuevos casos. Y es probable que en el año 2025 se lleguen a 300 millones. ⁽⁶⁾ En 20 años se espera tener en México 20 millones de diabéticos. ⁽¹³⁾ En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los pacientes con DM2 originan una creciente demanda de los servicios de salud ocupando actualmente el segundo lugar como motivo de consulta en Medicina Familiar.

Una acción efectiva en el problema de salud de la Diabetes mellitus exige un aspecto integrador en la prevención, cuidado clínico y la educación del paciente, o sea un cambio favorable en el estilo de vida. ⁽⁹⁾ La educación es la piedra angular de la conducta clínica ante la Diabetes. ⁽¹¹⁾ Joslin decía " El diabético que más sabe es el que más vive" ⁽²³⁾ La Organización Mundial de la Salud considera el estilo de

vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y las características personales de los individuos.⁽⁸⁾ Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia estilos de vida favorables. Es necesaria una actitud que mejore el control de la enfermedad, lo cual solo se logra mediante estrategias educativas encaminadas al mejoramiento del estilo de vida para evitar las complicaciones a largo plazo de esta enfermedad.

La autora consideró que existía un mejor estilo de vida en los pacientes del área Rural que en el área Urbana, debido principalmente a la necesidad de realizar trabajos que requieren la realización de mayor actividad física, y a que en su medio cuentan con alimentos frescos, nutritivos y a su alcance; sin embargo no existe un trabajo realizado hasta ahora para confirmar esta suposición.

El objetivo del presente trabajo fue conocer las diferencias que existen en el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en una población Rural y una Urbana.

ANTECEDENTES.

En México, durante los últimos 50 años, la proporción de adultos mayores se incrementó y la distribución poblacional entre el medio rural y urbano muestra cambios importantes. ⁽¹⁾ La pirámide poblacional continúa teniendo una base de personas menores de 20 años, sin embargo, el número de adultos mayores de 50 años se ha multiplicado. Por lo tanto, la transición epidemiológica ocurre de forma

rápida con incrementos continuos. ⁽²⁾ La prevalencia de la Diabetes mellitus es variable en los distintos estudios debido principalmente a los métodos diagnósticos que se utilizaron. Es evidente que la tasa se ha incrementado de forma considerable en las últimas décadas; siendo de 1.3% en 1965 y de 11% en 1993. Estos valores dependen del nivel socioeconómico, de la edad (se observa en una de cada tres personas mayores de 55 años) y de la zona geográfica, ya que en las áreas rurales la prevalencia es menor.⁽³⁾ Existen pruebas que demuestran de forma indirecta cómo la actividad física ejerce un efecto benéfico sobre la Diabetes mellitus, ya que los sujetos que realizan ejercicio tienen menos incidencia de Diabetes mellitus tipo 2 (DM2); además la actividad física incrementa la sensibilidad a la insulina. Cuando el ejercicio se practica de forma moderada y regular induce la pérdida de peso y mejora la tolerancia a la glucosa; en estudios seccionales cruzados se ha corroborado que la actividad física se relaciona de forma inversa con la prevalencia de Diabetes. ⁽⁴⁾ El estilo de vida es un constructor complejo que desempeña un papel central en el estado de salud-enfermedad. Algunos de sus componentes (tipo de alimentación, actividad física, consumo de tabaco, ingesta de alcohol y estrés crónico, entre otros) se han asociado a la aparición, el curso clínico y control de DM2 y sus complicaciones. La modificación de estos factores puede cambiar la historia natural de la enfermedad e inclusive retrasar o evitar su aparición. En México se han realizado pocos estudios sobre prevalencia de trastornos metabólicos en grupos indígenas. Se reportaron prevalencias de DM2 de 6.3% y 10.5% en hombres y mujeres respectivamente de tribus pimas de Sonora, de 2.1% mazatecas de Oaxaca y no se observaron casos

de Diabetes en poblaciones Tepehuana, Huichol y Mexicanera en Durango. El estudio de enfermedades como la DM2 y las hiperlipidemias en los indígenas mexicanos aportan información sobre los factores ambientales que inciden, con respecto a las poblaciones genéticamente similares, pero con estilos de vida diferentes, como son los indígenas norteamericanos. ⁽⁵⁾ En 1985 la OMS estimó la existencia de 50 millones de personas con Diabetes. Diez años después el número alcanzó 135 millones. Actualmente existen 140 millones de diabéticos en el mundo y es probable que en el año 2025 se lleguen a 300 millones. La relación que guarda la Diabetes mellitus y el nivel de escolaridad es inversamente proporcional, se presenta con mayor frecuencia en los grupos con menor escolaridad. Mientras que para los sujetos que contaban con secundaria o con un nivel escolar mayor la prevalencia fue de menos a un 5%. Para aquellos que contaban únicamente con educación preescolar o primaria, se duplicó y para los que no contaban con ningún nivel escolar la prevalencia se triplicó.⁽⁶⁾ Las diferencias que existen en las tasas de crecimiento de la DM2 entre las comunidades Urbanas y Rurales se han atribuido a la "cocacolonización", el estrés, la menor actividad física, la distribución de la obesidad, los factores genéticos y el estrato socioeconómico; que contribuyen de manera importante al progreso de la enfermedad. La información disponible permite informar que en la patogénesis de la DM2, los distintos factores de riesgo interactúan de forma sinérgica. ⁽⁷⁾ La Organización Mundial de la Salud considera el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por

factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera se ha propuesto la siguiente definición, "Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo."⁽⁸⁾

Una acción efectiva en el problema de salud de la DM2 exige un aspecto integrador de los aspectos de prevención, cuidado clínico y educación del paciente. ⁽⁹⁾ De todos es aceptado que la educación de las personas con DM2 es una herramienta esencial para optimizar su control metabólico y prevenir la aparición y progresión de las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad ⁽¹⁰⁾, por lo tanto la educación es la piedra angular de la conducta clínica ante la Diabetes. La educación diabetológica puede mejorar la conducta ante la enfermedad, el control de la glucemia y la adherencia a ciertos componentes de la atención médica como los exámenes oftalmológicos. ⁽¹¹⁾ La Diabetes mellitus constituye un problema de salud universal que afecta en forma creciente a todas las sociedades. ⁽¹²⁾ En 20 años se espera tener en México aproximadamente 12 millones de diabéticos.⁽¹³⁾ En 1977 Engel formuló los principios básicos del modelo psicosocial, en el cual postula que los procesos de salud enfermedad son el resultado de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales y, por lo tanto es importante el incidir en estos tres aspectos. Meclianic acuñó la

expresión “conducta de enfermedad” y concluyó que los sujetos perciben y evalúan de modo diferente los síntomas y se comportan frente a ellos de forma distinta según las variables psicológicas y sociales que determinan la respuesta ante la enfermedad tales como las creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de referencia.⁽¹⁴⁾ En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Diabetes origina una creciente demanda de servicios de salud, ocupando actualmente el segundo lugar como motivo de consulta en medicina familiar.⁽¹⁵⁾ Un control metabólico retrasa el inicio de complicaciones microvasculares en los pacientes diabéticos,⁽¹⁶⁾ y sus complicaciones tardías son prevenibles a un costo razonable cuando se implementan programas educativos. Las personas que acuden a grupos de autoayuda perciben efectos positivos y establecen relaciones favorables con los profesionales de la salud, particularmente con los médicos, en cambio quienes participan en las acciones educativas en forma individual cuando acuden a la consulta médica, suelen considerar dichas intervenciones educativas como parte del tratamiento médico y mantienen una relación distante con el equipo de salud.⁽¹⁷⁾

Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y una actitud que mejoren el control de la enfermedad la cual se puede lograr mediante estrategias educativas, no obstante los logros químicos y tecnológicos para controlar la glucemia, para el paciente diabético aún es difícil enfrentar un cambio completo en la alimentación habitual.

Dentro de la práctica del paciente diabético interesan la distribución y fraccionamiento de su dieta, la cantidad y calidad de nutrimentos que consume, la

forma de su preparación, el apego al tratamiento dietético, la educación nutricia, la comunicación dentro de la familia y la participación grupal.⁽¹⁸⁾ Además entre las etapas de negación, ira y negación por las que suele pasar el paciente antes de aceptar la enfermedad, existen grandes agujeros negros en los que permanece a veces por años, o de los que nunca sale antes de pasar a la aceptación, en la que es capaz de lograr un mejor control; la autoafirmación y la autoestima son trascendentales.⁽¹⁹⁾ La Diabetes mellitus es un problema de salud pública por ser una enfermedad crónica, a veces incapacitante, que afecta a millones de personas en el mundo por tratarse de un padecimiento tan antiguo como la humanidad, el aspecto educacional muchas veces ha sido relegado, porque para su atención requiere de grandes esfuerzos organizados, y recursos, y los resultados son a largo plazo.

El tratamiento del diabético debe de incluir en orden de importancia: educación, alimentación, ejercicio y medicación; orden comúnmente invertido por el corto tiempo de consulta, falta de entrenamiento o deficiente actitud del médico hacia la educación de estos pacientes. El objetivo primordial de esto último es mejorar el control, evitar las complicaciones agudas y crónicas y mejorar la calidad de vida. El conocimiento acerca de la enfermedad y su aplicación por el paciente amplía el interés por el tratamiento y magnifica la cooperación con el médico. El concepto de educación del diabético no es nuevo. En 1857 Apollinaire Bouchardat la promovió junto con las pruebas urinarias diarias y la reducción de peso como las piedras angulares del tratamiento de la Diabetes. Uno de los principales defectos en la atención del paciente diabético es la falta de inducción hacia un estilo de vida y

una actitud que mejoren el control de la enfermedad, lo cual solo se puede lograr mediante estrategias educativas. Es importante hacer énfasis en la importancia de la educación del paciente en el consultorio, lo cual implica enseñar los aspectos básicos de la Diabetes, promover la modificación del comportamiento y solucionar los problemas inmediatos con cambios en los marcos psicológicos de referencia para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y control, la influencia del médico en la conducta del paciente frente a la enfermedad constituye un punto cardinal que muchos profesionales de la salud no consideran, limitándose al diagnóstico y prescripción, dejando a un lado la valiosa herramienta de la educación del paciente. La calidad de la relación médico paciente, la calidez de la atención y el acercamiento que se logra, son los elementos de gran importancia en este proceso; la labor del equipo es complementar lo realizado por el médico en su consulta, y no lo sustituye. Ha quedado demostrado que el entrenamiento del paciente disminuye el número e intensidad de las complicaciones el número de días de hospitalización, los gastos de medicación (insulina e hipoglucemiantes principalmente), servicios de control, auxiliares y tratamientos de las complicaciones como diálisis, fotocoagulación retiniana, rehabilitación, ortopedia y cirugía, y redundan en la disminución de la erogación para la institución y del paciente.⁽²⁰⁾ El control de la glucemia, más que el simple hecho de tomar un medicamento, involucra una serie de actitudes frente a la enfermedad, que dependen en parte del conocimiento que tiene el enfermo y sus familiares sobre Diabetes, aspectos sobre los que la educación ejerce uno de los papeles de importancia. En el sistema de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro

Social, el tratamiento de los pacientes diabéticos dependen del Médico Familiar, quien cuenta a su vez con diferentes servicios de apoyo, lo que en teoría debería de facilitar el proceso de educación del paciente; sin embargo la naturaleza de la enfermedad y sus complicaciones es desconocida en la mayoría de los enfermos. En ello influye el nivel escolar o las variables sociodemográficas, y sobre todo la falta de un sistema de educación adecuada. En la mayoría de los centros de atención médica la educación sobre Diabetes no es obligatoria como parte de tratamiento de la enfermedad, sino que se ofrece como un servicio opcional, el cual frecuentemente carece de un programa, es impartido por personas no calificadas y de manera irregular, a pesar que como centro de atención médica cuenta con un servicio que promocióne educación a los enfermos de manera programada y sistemática, y que evalúe de forma permanente el impacto de los mismos sobre el control metabólico de los pacientes diabéticos. ⁽²¹⁾ Por lo tanto es importante lograr la participación interactiva y de responsabilidad del propio paciente y su familia en el control metabólico y tratamiento efectivo de la enfermedad ya que se observa disminución de las cifras de glucemia en ayunas posterior su asistencia a sesiones educativas. ⁽²²⁾ Joslin decía “el diabético que más sabe es el que más vive”. ⁽²³⁾ El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta del recién siglo pasado, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos pero en un crecimiento rápido de los crónico degenerativos, ha generado nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud. ⁽²⁴⁾ Los padecimientos crónicos degenerativos requieren especial atención, puesto

que en su desarrollo se destaca la contribución de factores psicológicos y biomédicos; la gama de intervenciones profesionales oscila desde la intervención primaria y la promoción comunitaria de la salud hasta apoyar al paciente terminal para tener un final tranquilo y en paz. ⁽²⁵⁾ Tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por los numerosos síntomas de la enfermedad, llevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con frecuencia se comprometen aspectos fundamentales del funcionamiento humano, como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad. Si bien la calidad de vida ha aumentado en algunas enfermedades como el cáncer, la leucemia, la cirrosis hepática o el Alzheimer, algunos estudios han demostrado que muchos sobrevivientes continúan bajo los efectos negativos del padecimiento o de su tratamiento. ⁽²⁶⁾ En México la DM2, clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico degenerativas, es una de las principales causas de morbimortalidad asociada con el actual modelo económico y social, con serias repercusiones en el estilo de vida, cuyos indicadores se observan en la alimentación, el manejo del estrés y el sedentarismo, entre otros. ⁽²⁷⁾ El nivel educativo de los pacientes con DM2 se ha relacionado significativamente con la falta de apego al tratamiento médico. La aceptación de las exigencias médicas y de enfermería por parte de los pacientes diabéticos ha preocupado mucho a los profesionales de la salud y a investigadores de diversas disciplinas pues el éxito o el fracaso del tratamiento no solo depende de la eficacia de los métodos sino de la forma como los pacientes siguen el tratamiento. Lo anterior repercute

indudablemente en la calidad de vida de los pacientes con DM2. De medular importancia es la generación de investigación sobre los componentes del deterioro de la calidad de vida de estos pacientes para diseñar intervenciones viables y eficaces para su incidencia por parte del equipo de salud. La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente y cada grupo sobre diversos componentes de la salud. ⁽²⁸⁾ Adicionalmente tiene una creciente importancia como estimador del resultado de los programas e intervenciones en el ámbito sanitario. Por un lado, su uso constituye una medida centrada en el paciente, la cual mide la opinión de este respecto a su propia salud en las dimensiones física, psicológica y social. ⁽²⁹⁾ Por otro, se ha tomado, como una de las variables finales para analizar la efectividad de las actuaciones medicas del personal de salud y, por ende, de los programas sanitario-asistenciales. ⁽³⁰⁾

OBJETIVO

Comparar el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 de una población Rural con una Urbana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes mellitus constituye un problema de salud universal, que afecta en forma creciente a todas las sociedades. Repercute en todo el organismo del paciente, y conforme avanza la enfermedad lo deteriora, afecta su entorno familiar e incrementa considerablemente los costos de atención en las instituciones de salud. Hasta el momento no se sabe con exactitud si existe diferencia en el estilo de vida de los pacientes diabéticos de las poblaciones Rurales con las Urbanas. Se supone que en las Áreas Rurales los pacientes deben tener un mejor estilo de vida. De ser cierta ésta suposición probablemente unos tendrán mayor oportunidad de llevar un buen control que otros, evitando así las complicaciones crónicas. Por ésto es importante conocer el estilo de vida en estos pacientes, a fin de elaborar estrategias educativas de prevención que lo modifiquen, se fomente su salud y se logre una mejor calidad de vida, mejorando así su entorno familiar y disminuyendo los costos de atención a las instituciones de salud. De esta forma podría lograrse el objetivo de contar con mayor número de individuos sanos.

¿Hay diferencia en el estilo de vida entre los pacientes diabéticos de una población Urbana y una población Rural?

JUSTIFICACIÓN

Conocer el estilo de vida de pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar Rural y el estilo de vida de pacientes diabéticos de una Unidad de Medicina Familiar Urbana, nos ayudará a conocer los aspectos del mismo que puedan ser modificados, para de esta manera lograr implantar estrategias educativas encaminadas al mejoramiento del mismo en su ámbito de vida, así como orientar las actividades educativas a la prevención de complicaciones, e incidir en esta enfermedad retrasando su evolución.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes diabéticos de una población Rural tienen mejor estilo de vida que los pacientes diabéticos de una población Urbana.

HIPÓTESIS NULA

Los pacientes diabéticos de la Población Rural no tienen mejor estilo de vida que los pacientes diabéticos de una Población Urbana.

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Comparativo
- Prospectivo
- Transversal

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra que se obtuvo por medio de la siguiente fórmula:

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Donde :

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita ó número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar

El error que la autora estuvo dispuesta a aceptar fue de 0.05, es decir, del 5%, de manera que una vez aplicada la fórmula los pacientes estudiados fueron:

GRUPO I.- 361 pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No. 76 de Uruapan Michoacán de ambos géneros, elegidos entre quienes acudieron a recibir atención médica para Diabetes, a los cuales se les aplicó el instrumento de evaluación.

GRUPO II.- 157 pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No. 26 de Taretan, Michoacán de ambos géneros, elegidos entre quienes acudieron a recibir atención médica para Diabetes, a los a cuales se les aplicó el instrumento de evaluación.

El instrumento de evaluación, estuvo basado en la encuesta denominada “IMEVID”, para medir estilo de vida en diabéticos (anexo 1), la cual fue diseñada y evaluada por López CJ, Ariza AC, Rodríguez MJ y Murguía MC (Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, la cual incluye 25 ítems. Además se manejaron preguntas sobre variables sociodemográficas anexas al cuestionario como sexo, edad, ocupación, estado civil escolaridad y tiempo de evolución de la DM2.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes con Diabetes mellitus 1
- Pacientes diabéticas embarazadas.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLE

SOCIODEMOGRÁFICAS

- Sexo
- Edad
- Grado escolar

DEPENDIENTE

- **ESTILO DE VIDA:** Está determinado por el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento que se asumen cotidianamente y tienen un efecto importante en su salud.

INDEPENDIENTES

- **POBLACIÓN RURAL:** La que habita en localidad de no más de 2,500 habitantes.
- **POBLACIÓN URBANA:** La que habita en localidades de más de 2,500 habitantes.

|

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	SISTEMA DE EVALUACION
SOCIODEMOGRAFICAS		
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la edad actual.	Ordinal
SEXO	Diferenciación entre hombre y mujer.	Nominal
GRADO ESCOLAR	Último año que acudió a la escuela.	Ordinal
DEPENDIENTE		
ESTILO DE VIDA	Conjunto de pautas y hábitos del comportamiento que se asumen cotidianamente y tienen un efecto importante en su salud.	Ordinal
INDEPENDIENTES		
POBLACIÓN RURAL	La que habita en localidades de no más de 2,500 habitantes.	Nominal
POBLACIÓN URBANA	La que habita en localidades de más de 2,500 habitantes.	Nominal

INSTRUMENTO DE EVALUACION

El instrumento de evaluación, esta basado en una encuesta para medir estilo de vida en diabéticos (anexo 1) la cual fue diseñada y validada por López CJ, Ariza AC, Rodríguez MJ, Murguía MC. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México 2003; 45(4):14-33(22), donde se incluyen 25 ítems con un puntaje máximo a obtener de 100 puntos, donde el valor más alto es para quien tiene mejor estilo de vida. Cada ítem consta de enunciados a contestar una de varias opciones. La aplicación del instrumento se realizó con la encuesta estructurada en base a estilo de vida en pacientes diabéticos mencionada con anterioridad, Que incluye siete dominios como son: nutrición, actividad física, tabaco alcohol, información de diabetes, manejo de emociones y cumplimiento terapéutico. Se asignaron calificación de 4, 2 y 0 puntos en las tres opciones de respuesta: todos los días 4, algunos días 2, casi nunca 0, correspondiendo el valor más alto para el mejor estilo de vida.

Los siete Dominios fueron valorados de la siguiente manera: menos de 60 como desfavorable estilo de vida, de 60 a 80 como poco favorable, y más de 80 como favorable estilo de vida. .

Ponderación	Rango
Favorable	Mas de 80
Poco favorable	60 a 80
Desfavorable	Menos de 60

Además se manejaron preguntas sobre variables sociodemográficas anexas al cuestionario sobre sexo, edad, ocupación, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución de la Diabetes.

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

Sexo:

Hombres

Mujeres

Edad:

18 a 39 años

40 a 59 años

60 a 79 años

80 años o más.

Ocupación:

Ama de casa

Campesino

Pensionado

Profesionista

Otros**Estado civil:**

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Unión libre

Escolaridad:

Sin escolaridad

1 a 3 años

4 a 6 años

7 a 9 años

10 a 12 años

13 años o más

Tiempo de evolución de la Diabetes:

1 a 9 años

10 a 19 años

20 a 29 años

30 años o más

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva de cada variable para cada uno de los grupos.

Para conocer si existían diferencias con significativa estadística entre ambos grupos se utilizó la CHI cuadrada

RECURSOS

Por los investigadores.

ASPECTOS ÉTICOS

Se presentó en el Comité de Investigación del Hospital General de Zona 8 de Uruapan Mich. Se tomaron en cuenta los códigos de ética de Nuremberg y de Helsinsky para recomendaciones específicas.

RESULTADOS

Se efectuó un estudio Descriptivo, Comparativo, Transversal y Prospectivo aplicándose el instrumento IMEVID para comparar el estilo de vida en 157 pacientes de la UMF26 del IMSS de la localidad de Taretan y 361 pacientes de la UMF 76 del IMSS de la localidad de Uruapan; se utilizó para el análisis de los datos el paquete estadístico SPSS versión 15, y para la comprobación de la hipótesis la prueba de CHI cuadrada, obteniéndose los siguientes resultados:

En cuanto a las variables sociodemográficas con respecto al sexo, en Uruapan participaron 235 mujeres equivalentes al 65.1% y 126 hombres equivalentes al 34.9%. Y en la localidad de Taretan participaron 103 mujeres correspondientes al 65.5% y 54 hombres al 34.4% por lo que en ambas unidades predominaron el número de mujeres encuestadas al aplicar la CHI cuadrada se encontró con valor de p igual a 0.911, sin significancia estadística.

En cuanto a la escolaridad se encontró que en la localidad de Uruapan predomina la escolaridad del 4 a 6 años en 116 pacientes, que corresponden al 31.1%, y en la localidad de Taretan predomina la respuesta sin escolaridad en 73 pacientes, que corresponden al 46.5%, por lo que es muy alto el índice de pacientes que no cuentan con escolaridad. Al aplicar la CHI cuadrada se encontró con un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

En la ocupación el mayor porcentaje en ambas localidades son amas de casa, 219, equivalentes al 60.7% en Taretan, y en Uruapan 102 pacientes, que corresponden al 65%. Al efectuar el análisis estadístico entre las dos comunidades se encontró que p tiene un valor de 0.000, con significancia estadística.

El estado civil en ambas localidades predominan los casados en Uruapan, 274, equivalentes al 75.9%, y en Taretan 119 pacientes, equivalentes al 75.8%. Encontrándose que el análisis estadístico comparativo entre ambas comunidades nos da un valor de p de 0.429 sin significancia estadística.

En cuanto al sexo en la mujer predomina el poco favorable estilo de vida sobre el hombre.

En relación a la edad hay predominio entre las edades de 40 a 45 años de edad con un poco favorable estilo de vida, y el mas desfavorable estilo de vida se encontró entre las edades de más de 80 años probablemente, porque son pacientes poco activos y que no se pueden valer por si mismos.

También los pacientes en el grupo de edad de 18 a 39 años predominaron con estilos de vida poco favorables. Los cuales pusieron como pretexto el que por su trabajo no pueden cuidarse adecuadamente, no pueden acudir a las platicas y muchos de ellos se encuentran en el periodo de no aceptación de la enfermedad.

En cuanto a la escolaridad, predominan los pacientes que no tiene escolaridad y son los que tienen el estilo de vida mas desfavorable, continuándoles los que tienen escolaridad entre 1 a 3 años. Así mismo se encontró que los pacientes que cuentan con más de 13 años de escolaridad son los que tienen el estilo de vida más favorable. El grado de escolaridad reportado en el grupo estudiado es deficiente y similar al reportado por otros autores, factor importante dentro del control de la enfermedad para su auto cuidado y para poder prevenir las complicaciones.

Los pacientes que tienen de 1 a 9 años de evolución de la diabetes son los que tienen el estilo de vida más desfavorable, probablemente porque son los pacientes más jóvenes que se encuentran activos, trabajando y esto lo toman como pretexto para no llevar un cuidado adecuado de su salud. El estilo de vida poco favorable corresponde a los pacientes que cuentan con 30 años o más de evolución, así mismo el estilo de vida favorable esta en los pacientes de 20 a 30 años de evolución, son los que más asisten a pláticas y efectúan ejercicio.

Se encontró que los pacientes en unión libre tienen el estilo de vida poco favorable, así mismo en los viudos el estilo de vida es desfavorable, y los que mejor estilo de vida tienen, son los solteros.

Como resultado final se encontró, que el estilo de vida es mejor en la localidad de Uruapan, esto deja sin fundamento la hipótesis de trabajo y se acepta como verdadera la hipótesis nula.

Es importante destacar que algunos de los factores que hacen que los pacientes de la Localidad de Taretan tengan estilo de vida más desfavorable es que no se cuenta con grupos multidisciplinares de apoyo en esta unidad. Ya que no existen Trabajadoras Sociales ni Nutriólogos, así mismo el nivel socioeconómico de estos pacientes es bajo, lo que dificulta el poder tener accesos a una alimentación adecuada. Y un factor muy importante es el bajo nivel de escolaridad, lo que dificulta que lleven adecuadamente el control de su enfermedad, ya que muchos de estos pacientes únicamente identifican los medicamentos por sus colores o forma. Y nos hace ver la urgencia y la necesidad de crear grupos multidisciplinares en las Unidades Rurales para evitar las complicaciones a largo plazo de esta enfermedad.

Tabla 1

Frecuencia de consumo de verduras por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Frecuencia consumo verduras	casi nunca	Recuento	15	42	57
		% de Frecuencia consumo verduras	26.3%	73.7%	100.0%
		% de Localidad	4.2%	26.8%	11.0%
		% del total	2.9%	8.1%	11.0%
	algunos dias	Recuento	155	69	224
		% de Frecuencia consumo verduras	69.2%	30.8%	100.0%
		% de Localidad	42.9%	43.9%	43.2%
		% del total	29.9%	13.3%	43.2%
	Todos los dias de la semana	Recuento	191	46	237
		% de Frecuencia consumo verduras	80.6%	19.4%	100.0%
		% de Localidad	52.9%	29.3%	45.8%
		% del total	36.9%	8.9%	45.8%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Frecuencia consumo verduras	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

Como se observa en la tabla 3, el 59.2% de los pacientes de la localidad de Uruapan consumen verduras a diario en comparación con sólo el 29.3% de los pacientes de la localidad de Taretan. Al comparar estadísticamente las dos localidades, se encuentra un valor de p igual a 0.000, por lo que existe diferencia significativa a favor de la localidad de Uruapan.

Tabla 2

Frecuencia del consumo de frutas por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Frecuencia del consumo de frutas	casi nunca	Recuento	5	13	18
		% de Frecuencia del consumo de frutas	27.8%	72.2%	100.0%
		% de Localidad	1.4%	8.3%	3.5%
		% del total	1.0%	2.5%	3.5%
	algunos días	Recuento	129	69	198
		% de Frecuencia del consumo de frutas	65.2%	34.8%	100.0%
		% de Localidad	35.7%	43.9%	38.2%
		% del total	24.9%	13.3%	38.2%
	Todos los días de la semana	Recuento	227	75	302
		% de Frecuencia del consumo de frutas	75.2%	24.8%	100.0%
		% de Localidad	62.9%	47.8%	58.3%
		% del total	43.8%	14.5%	58.3%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Frecuencia del consumo de frutas	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

En la tabla se observa que el 62.9% de los pacientes de Uruapan consumen a diario fruta. Y solo el 47.8% de los pacientes de Taretan lo hacen a diario, al comparar estadísticamente las dos localidades se encuentra un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 3

Consumo de pan al día por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Consumo de pan al día	tres o más	Recuento	31	5	36
		% de Consumo de pan al día	86.1%	13.9%	100.0%
		% de Localidad	8.6%	3.2%	6.9%
		% del total	6.0%	1.0%	6.9%
	dos	Recuento	127	50	177
		% de Consumo de pan al día	71.8%	28.2%	100.0%
		% de Localidad	35.2%	31.8%	34.2%
		% del total	24.5%	9.7%	34.2%
	de 0 a 1	Recuento	203	102	305
		% de Consumo de pan al día	66.6%	33.4%	100.0%
		% de Localidad	56.2%	65.0%	58.9%
		% del total	39.2%	19.7%	58.9%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Consumo de pan al día	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 56.2% de los paciente de Uruapan consumen de 0-1 panes al día. Y el 65.0% de los pacientes de Taretan consumen de 0-1 pan al día, al hacer la comparación estadística se obtiene un valor de p de 0.041 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 4

Consumo de tortillas al día por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Consumo de tortillas al día	7 o mas	Recuento	95	67	162
		% de Consumo de tortillas al día	58.6%	41.4%	100.0%
		% de Localidad	26.3%	42.7%	31.3%
		% del total	18.3%	12.9%	31.3%
	4 a 6	Recuento	160	72	232
		% de Consumo de tortillas al día	69.0%	31.0%	100.0%
		% de Localidad	44.3%	45.9%	44.8%
		% del total	30.9%	13.9%	44.8%
	0 a 3	Recuento	106	18	124
		% de Consumo de tortillas al día	85.5%	14.5%	100.0%
		% de Localidad	29.4%	11.5%	23.9%
		% del total	20.5%	3.5%	23.9%
Total		Recuento	361	157	518
		% de Consumo de tortillas al día	69.7%	30.3%	100.0%
		% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	69.7%	30.3%	100.0%

El mayor porcentaje de los pacientes consumen de 4-6 tortillas a diario en ambas localidades. El 44.3% de los pacientes de Uruapan, Y el 45.9% de los pacientes de Taretan, la comparación estadística nos da un valor de $p = 0.000$ con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 5

Agrega azucar a alimentos o bebidas por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Agrega azucar a alimentos o bebidas	frecuentemente	Recuento	38	50	88
		% de Agrega azucar a alimentos o bebidas	43.2%	56.8%	100.0%
		% de Localidad	10.5%	31.8%	17.0%
		% del total	7.3%	9.7%	17.0%
	algunas veces	Recuento	65	37	102
		% de Agrega azucar a alimentos o bebidas	63.7%	36.3%	100.0%
		% de Localidad	18.0%	23.6%	19.7%
		% del total	12.5%	7.1%	19.7%
	casi nunca	Recuento	258	70	328
		% de Agrega azucar a alimentos o bebidas	78.7%	21.3%	100.0%
		% de Localidad	71.5%	44.6%	63.3%
		% del total	49.8%	13.5%	63.3%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Agrega azucar a alimentos o bebidas	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El mayor porcentaje de los pacientes casi nunca consumen azúcar, el 71.5% de los pacientes de Uruapan y el 44.6% de los pacientes de Taretan. Al comparar estadísticamente las dos comunidades nos dan un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 6

Agrega sal a los alimentos al comerlos por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Agrega sal a los alimentos al comerlos	casi siempre	Recuento	11	6	17
		% de Agrega sal a los alimentos al comerlos	64.7%	35.3%	100.0%
		% de Localidad	3.0%	3.8%	3.3%
		% del total	2.1%	1.2%	3.3%
	algunas veces	Recuento	70	26	96
		% de Agrega sal a los alimentos al comerlos	72.9%	27.1%	100.0%
		% de Localidad	19.4%	16.6%	18.5%
		% del total	13.5%	5.0%	18.5%
	casi nunca	Recuento	280	125	405
		% de Agrega sal a los alimentos al comerlos	69.1%	30.9%	100.0%
		% de Localidad	77.6%	79.6%	78.2%
		% del total	54.1%	24.1%	78.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Agrega sal a los alimentos al comerlos	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

En la tabla se observó que el 77.6% de los pacientes de Uruapan casi nunca consumen sal. Y el 79.9% de los pacientes de Taretan, casi nunca lo hacen. Al comparar estadísticamente las dos comunidades, se encuentra un valor de p de 0.694 sin significancia estadística.

Tabla 7

Come alimentos entre comidas por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Come alimentos entre comidas	frecuentemente	Recuento	13	5	18
		% de Come alimentos entre comidas	72.2%	27.8%	100.0%
		% de Localidad	3.6%	3.2%	3.5%
		% del total	2.5%	1.0%	3.5%
	algunas veces	Recuento	77	41	118
		% de Come alimentos entre comidas	65.3%	34.7%	100.0%
		% de Localidad	21.3%	26.1%	22.8%
		% del total	14.9%	7.9%	22.8%
	casi nunca	Recuento	271	111	382
		% de Come alimentos entre comidas	70.9%	29.1%	100.0%
		% de Localidad	75.1%	70.7%	73.7%
		% del total	52.3%	21.4%	73.7%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Come alimentos entre comidas	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 71.1% de los pacientes de Uruapan casi nunca consumen alimentos entre las comidas. Y el 70.7% de los pacientes de Taretan casi nunca lo hacen, al hacer la comparación estadística nos da un valor de p de 0.455, sin significancia estadística.

Tabla 8

Come alimentos fuera de casa por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Come alimentos fuera de casa	frecuentemente	Recuento	18	11	29
		% de Come alimentos fuera de casa	62.1%	37.9%	100.0%
		% de Localidad	5.0%	7.0%	5.6%
		% del total	3.5%	2.1%	5.6%
	algunas veces	Recuento	110	43	153
		% de Come alimentos fuera de casa	71.9%	28.1%	100.0%
		% de Localidad	30.5%	27.4%	29.5%
		% del total	21.2%	8.3%	29.5%
	casi nunca	Recuento	233	103	336
		% de Come alimentos fuera de casa	69.3%	30.7%	100.0%
		% de Localidad	64.5%	65.6%	64.9%
		% del total	45.0%	19.9%	64.9%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Come alimentos fuera de casa	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 54.5% de los pacientes de Uruapan casi nunca comen alimentos fuera de casa.

Y en Taretan se encontró un porcentaje del 65.6%. La comparación estadística de ambas comunidades da un valor de p de 0.557 sin significancia estadística.

Tabla 9

Se sirve varias veces cuando come por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Se sirve varias veces cuando come	casi siempre	Recuento	5	4	9
		% de Se sirve varias veces cuando come	55.6%	44.4%	100.0%
		% de Localidad	1.4%	2.5%	1.7%
		% del total	1.0%	.8%	1.7%
	algunas veces	Recuento	60	17	77
		% de Se sirve varias veces cuando come	77.9%	22.1%	100.0%
		% de Localidad	16.6%	10.8%	14.9%
		% del total	11.6%	3.3%	14.9%
	casi nunca	Recuento	296	136	432
		% de Se sirve varias veces cuando come	68.5%	31.5%	100.0%
		% de Localidad	82.0%	86.6%	83.4%
		% del total	57.1%	26.3%	83.4%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Se sirve varias veces cuando come	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 82.0% de los pacientes de Uruapan casi nunca se sirven varias veces. Y en Taretan el porcentaje que dio esta respuesta es del 86.6%. La comparación estadística nos da valor de p de 0 .280 sin significancia estadística.

Tabla 10

Frecuencia de minimo 15 min ejercicio por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Frecuencia de minimo 15 min ejercicio	casi nunca	Recuento	167	100	267
		% de Frecuencia de minimo 15 min ejercicio	62.5%	37.5%	100.0%
		% de Localidad	46.3%	63.7%	51.5%
		% del total	32.2%	19.3%	51.5%
	1 o dos veces por semana	Recuento	82	28	110
		% de Frecuencia de minimo 15 min ejercicio	74.5%	25.5%	100.0%
		% de Localidad	22.7%	17.8%	21.2%
		% del total	15.8%	5.4%	21.2%
	3 o mas veces por semana	Recuento	112	29	141
		% de Frecuencia de minimo 15 min ejercicio	79.4%	20.6%	100.0%
		% de Localidad	31.0%	18.5%	27.2%
		% del total	21.6%	5.6%	27.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Frecuencia de minimo 15 min ejercicio	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El porcentaje de los pacientes que hacen ejercicio 3 veces por semana en Uruapan es del 31.0%, En Taretan únicamente el 8.5%, Aunque prevalecen en ambas unidades los pacientes que casi nunca hacen ejercicio. El 46.3% en Uruapan y el 63.7% en Taretan. Al comparar estadísticamente ambas localidades se encontró un valor de p de 0.001 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 11

Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo	casi nunca	Recuento	94	28	122
		% de Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo	77.0%	23.0%	100.0%
		% de Localidad	26.0%	17.8%	23.6%
		% del total	18.1%	5.4%	23.6%
	algunas veces	Recuento	102	36	138
		% de Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo	73.9%	26.1%	100.0%
		% de Localidad	28.3%	22.9%	26.6%
		% del total	19.7%	6.9%	26.6%
	casi siempre	Recuento	165	93	258
		% de Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo	64.0%	36.0%	100.0%
		% de Localidad	45.7%	59.2%	49.8%
		% del total	31.9%	18.0%	49.8%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Se mantiene ocupado fuera actividades habituales de trabajo	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

Predomina la ocupación en Taretan ya que se encontró que el 59.2% de los pacientes de esta comunidad casi siempre se mantienen ocupados. Y solo el 45.7% de los pacientes de Uruapan se mantienen casi siempre ocupados. Al hacer la comparación estadística no hay significancia estadística ya que el valor de p es de 0.16.

Tabla 12

Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia	ver television	Recuento	75	21	96
		% de Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia	78.1%	21.9%	100.0%
		% de Localidad	20.8%	13.4%	18.5%
		% del total	14.5%	4.1%	18.5%
	trabajos en casa	Recuento	219	121	340
		% de Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia	64.4%	35.6%	100.0%
		% de Localidad	60.7%	77.1%	65.6%
		% del total	42.3%	23.4%	65.6%
	salir de casa	Recuento	67	15	82
		% de Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia	81.7%	18.3%	100.0%
		% de Localidad	18.6%	9.6%	15.8%
		% del total	12.9%	2.9%	15.8%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Que hace en su tiempo libre con mas frecuencia	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

En ambas localidades se encontró como mayor respuesta trabajos en casa, predominando en Taretan con el 77.1% y en Uruapan con el 60.7%. La comparación estadística nos da un valor de p de 0.016 sin significancia estadística.

Tabla 13

Fuma? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Fuma?	fumo a diario	Recuento	15	1	16
		% de Fuma?	93.8%	6.3%	100.0%
		% de Localidad	4.2%	.6%	3.1%
		% del total	2.9%	.2%	3.1%
	algunas veces	Recuento	16	7	23
		% de Fuma?	69.6%	30.4%	100.0%
		% de Localidad	4.4%	4.5%	4.4%
		% del total	3.1%	1.4%	4.4%
	no fumo	Recuento	330	149	479
		% de Fuma?	68.9%	31.1%	100.0%
		% de Localidad	91.4%	94.9%	92.5%
		% del total	63.7%	28.8%	92.5%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Fuma?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El mayor numero de respuesta en ambas localidades fue no fumo, predominando en Taretan el 94.9%. Y en Uruapan con el 91.4%. La comparación estadística nos da un valor de p de 0.104 sin significancia estadística.

Tabla 14

Cuantos cigarrillos fuma al día por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Cuantos cigarrillos fuma al día	de 6 o mas	Recuento	4	2	6
		% de Cuantos cigarrillos fuma al día	66.7%	33.3%	100.0%
		% de Localidad	1.1%	1.3%	1.2%
		% del total	.8%	.4%	1.2%
	de uno a 5	Recuento	25	6	31
		% de Cuantos cigarrillos fuma al día	80.6%	19.4%	100.0%
		% de Localidad	6.9%	3.8%	6.0%
		% del total	4.8%	1.2%	6.0%
	ninguno	Recuento	332	149	481
		% de Cuantos cigarrillos fuma al día	69.0%	31.0%	100.0%
		% de Localidad	92.0%	94.9%	92.9%
		% del total	64.1%	28.8%	92.9%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Cuantos cigarrillos fuma al día	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 94.9% de los pacientes de Taretan no consumen ningún cigarrillo al día. Y en Uruapan el 92.0% no lo hacen, al comparar estadísticamente las dos localidades nos da un valor de p de 0.389 sin significancia estadística.

Tabla 15

Bebe alcohol? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Bebe alcohol?	una vez o mas a la semana	Recuento	4	0	4
		% de Bebe alcohol?	100.0%	.0%	100.0%
		% de Localidad	1.1%	.0%	.8%
		% del total	.8%	.0%	.8%
	rara vez	Recuento	27	18	45
		% de Bebe alcohol?	60.0%	40.0%	100.0%
		% de Localidad	7.5%	11.5%	8.7%
		% del total	5.2%	3.5%	8.7%
	nunca	Recuento	330	139	469
		% de Bebe alcohol?	70.4%	29.6%	100.0%
		% de Localidad	91.4%	88.5%	90.5%
		% del total	63.7%	26.8%	90.5%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Bebe alcohol?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

Se encontró que en Uruapan son más los pacientes que nunca consumen alcohol, el 91.4% mientras que el 88.5% de Taretan no lo consumen. La comparación estadística nos da un valor de p de 0.147 sin significancia estadística.

Tabla 16

Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion	3 o mas	Recuento	9	12	21
		% de Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion	42.9%	57.1%	100.0%
		% de Localidad	2.5%	7.6%	4.1%
		% del total	1.7%	2.3%	4.1%
	de 1 a 2	Recuento	24	7	31
		% de Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion	77.4%	22.6%	100.0%
		% de Localidad	6.6%	4.5%	6.0%
		% del total	4.6%	1.4%	6.0%
	ninguna	Recuento	328	138	466
		% de Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion	70.4%	29.6%	100.0%
		% de Localidad	90.9%	87.9%	90.0%
		% del total	63.3%	26.6%	90.0%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Cuantas bebidas alcoholicas toma en cada ocasion	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 90.0% de los pacientes de Uruapan no consumen ninguna bebida alcohólica. Y en Taretan el porcentaje que dio esta respuesta es del 87.9%. Se encontró un valor de p de 0.17 sin significancia estadística.

Tabla 17

A cuantas platicas para diabeticos ha asistido? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
A cuantas platicas para diabeticos ha asistido?	ninguna	Recuento	96	114	210
		% de A cuantas platicas para diabeticos ha asistido?	45.7%	54.3%	100.0%
		% de Localidad	26.6%	72.6%	40.5%
		% del total	18.5%	22.0%	40.5%
	1 a 3	Recuento	102	29	131
		% de A cuantas platicas para diabeticos ha asistido?	77.9%	22.1%	100.0%
		% de Localidad	28.3%	18.5%	25.3%
		% del total	19.7%	5.6%	25.3%
	4 o mas	Recuento	163	14	177
		% de A cuantas platicas para diabeticos ha asistido?	92.1%	7.9%	100.0%
		% de Localidad	45.2%	8.9%	34.2%
		% del total	31.5%	2.7%	34.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de A cuantas platicas para diabeticos ha asistido?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 45.2% de los pacientes de Uruapan han asistido a 4 o mas platicas y solo el 8.9% de los pacientes de Taretan han acudido al mismo numero de platicas el valor de p al hacer la comparación estadística es de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 18

Trata de obtener informacion sobre diabetes? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Trata de obtener informacion sobre diabetes?	casi nunca	Recuento	116	132	248
		% de Trata de obtener informacion sobre diabetes?	46.8%	53.2%	100.0%
		% de Localidad	32.1%	84.1%	47.9%
		% del total	22.4%	25.5%	47.9%
	algunas veces	Recuento	105	24	129
		% de Trata de obtener informacion sobre diabetes?	81.4%	18.6%	100.0%
		% de Localidad	29.1%	15.3%	24.9%
		% del total	20.3%	4.6%	24.9%
	casi siempre	Recuento	140	1	141
		% de Trata de obtener informacion sobre diabetes?	99.3%	.7%	100.0%
		% de Localidad	38.8%	.6%	27.2%
		% del total	27.0%	.2%	27.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Trata de obtener informacion sobre diabetes?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 38.8% de los pacientes de Uruapan respondió casi siempre, mientras que en Taretan solo el .6% dio esta respuesta. El valor de p al hacer la comparación estadística es de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 19

Se enoja facilmente? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Se enoja facilmente?	casi siempre	Recuento	140	87	227
		% de Se enoja facilmente?	61.7%	38.3%	100.0%
		% de Localidad	38.8%	55.4%	43.8%
		% del total	27.0%	16.8%	43.8%
	algunas veces	Recuento	89	38	127
		% de Se enoja facilmente?	70.1%	29.9%	100.0%
		% de Localidad	24.7%	24.2%	24.5%
		% del total	17.2%	7.3%	24.5%
	casi nunca	Recuento	132	32	164
		% de Se enoja facilmente?	80.5%	19.5%	100.0%
		% de Localidad	36.6%	20.4%	31.7%
		% del total	25.5%	6.2%	31.7%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Se enoja facilmente?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

Como se observa en la tabla, predomina la respuesta de casi siempre en un 55.4% en los pacientes de Taretan. Y el 38.8% en los pacientes de Uruapan. La comparación estadística da un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de los pacientes de Uruapan.

Tabla 20

Se siente triste? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Se siente triste?	casi siempre	Recuento	126	71	197
		% de Se siente triste?	64.0%	36.0%	100.0%
		% de Localidad	34.9%	45.2%	38.0%
		% del total	24.3%	13.7%	38.0%
	algunas veces	Recuento	114	53	167
		% de Se siente triste?	68.3%	31.7%	100.0%
		% de Localidad	31.6%	33.8%	32.2%
		% del total	22.0%	10.2%	32.2%
	casi nunca	Recuento	121	33	154
% de Se siente triste?		78.6%	21.4%	100.0%	
% de Localidad		33.5%	21.0%	29.7%	
	% del total	23.4%	6.4%	29.7%	
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Se siente triste?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

En ambas unidades predomina la respuesta de casi siempre aunque el 34.9% corresponde a la localidad de Uruapan. Y el 45.2% de la localidad de Taretan por lo tanto hay mayor tendencia a la depresión en Taretan el valor de p es de 0.11 sin significancia estadística.

Tabla 21

Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	casi siempre	Recuento	86	70	156
		% de Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	55.1%	44.9%	100.0%
		% de Localidad	23.8%	44.6%	30.1%
		% del total	16.6%	13.5%	30.1%
	algunas veces	Recuento	128	47	175
		% de Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	73.1%	26.9%	100.0%
		% de Localidad	35.5%	29.9%	33.8%
		% del total	24.7%	9.1%	33.8%
	casi nunca	Recuento	147	40	187
		% de Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	78.6%	21.4%	100.0%
		% de Localidad	40.7%	25.5%	36.1%
		% del total	28.4%	7.7%	36.1%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

En Uruapan predominó la respuesta de casi nunca en un 40.7% de los pacientes, mientras que en Taretan el predominio fue de la respuesta casi siempre en un 44.6% de los pacientes. La comparación estadística nos da un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 22

Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes?	casi nunca	Recuento	8	14	22
		% de Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes?	36.4%	63.6%	100.0%
		% de Localidad	2.2%	8.9%	4.2%
		% del total	1.5%	2.7%	4.2%
	algunas veces	Recuento	82	55	137
		% de Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes?	59.9%	40.1%	100.0%
		% de Localidad	22.7%	35.0%	26.4%
		% del total	15.8%	10.6%	26.4%
	casi siempre	Recuento	271	88	359
		% de Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes?	75.5%	24.5%	100.0%
		% de Localidad	75.1%	56.1%	69.3%
		% del total	52.3%	17.0%	69.3%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Hace maximo esfuerzo para control de su diabetes?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

Se encontró como respuesta casi siempre en el 75.1% de los pacientes de Uruapan y en el 56.1% de los pacientes de Taretan. La comparación estadística da un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 23

Sigue dieta para diabetico ? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Sigue dieta para diabetico?	casi nunca	Recuento	13	13	26
		% de Sigue dieta para diabetico?	50.0%	50.0%	100.0%
		% de Localidad	3.6%	8.3%	5.0%
		% del total	2.5%	2.5%	5.0%
	algunas veces	Recuento	80	59	139
		% de Sigue dieta para diabetico?	57.6%	42.4%	100.0%
		% de Localidad	22.2%	37.6%	26.8%
		% del total	15.4%	11.4%	26.8%
	casi siempre	Recuento	268	85	353
		% de Sigue dieta para diabetico?	75.9%	24.1%	100.0%
		% de Localidad	74.2%	54.1%	68.1%
		% del total	51.7%	16.4%	68.1%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Sigue dieta para diabetico?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

El 74.2% de los pacientes tuvieron como respuesta casi siempre y el 54.5% de los pacientes de Taretan respondieron igual. La comparación estadística nos da un valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 24

Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina	frecuentemente	Recuento	2	10	12
		% de Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina	16.7%	83.3%	100.0%
		% de Localidad	.6%	6.4%	2.3%
		% del total	.4%	1.9%	2.3%
	algunas veces	Recuento	34	15	49
		% de Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina	69.4%	30.6%	100.0%
		% de Localidad	9.4%	9.6%	9.5%
		% del total	6.6%	2.9%	9.5%
	casi nunca	Recuento	325	132	457
		% de Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina	71.1%	28.9%	100.0%
		% de Localidad	90.0%	84.1%	88.2%
		% del total	62.7%	25.5%	88.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Olvida tomar los medicamentos, o aplicarse la insulina	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

La respuesta que prevalece en ambas unidades es casi nunca. Encontrándola en un 90.9% de los pacientes de la localidad de Uruapan. Y en un 84.1% de la localidad de Taretan. Al comparar estadísticamente ambas localidades el valor de p es de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 25

Sigue indicaciones médicas para su cuidado ? por Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
Sigue indicaciones medicas para su cuidado?	casi nunca	Recuento	8	10	18
		% de Sigue indicaciones medicas para su cuidado?	44.4%	55.6%	100.0%
		% de Localidad	2.2%	6.4%	3.5%
		% del total	1.5%	1.9%	3.5%
	algunas veces	Recuento	72	59	131
		% de Sigue indicaciones medicas para su cuidado?	55.0%	45.0%	100.0%
		% de Localidad	19.9%	37.6%	25.3%
		% del total	13.9%	11.4%	25.3%
	casi siempre	Recuento	281	88	369
		% de Sigue indicaciones medicas para su cuidado?	76.2%	23.8%	100.0%
		% de Localidad	77.8%	56.1%	71.2%
		% del total	54.2%	17.0%	71.2%
Total	Recuento	361	157	518	
	% de Sigue indicaciones medicas para su cuidado?	69.7%	30.3%	100.0%	
	% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	69.7%	30.3%	100.0%	

La respuesta que prevalece es la de casi siempre en un 77.8% de los pacientes de la localidad de Uruapan y en el 66.1% de los pacientes de la localidad de Taretan. Al comparar estadísticamente las dos localidades no da valor de p de 0.000 con significancia estadística a favor de Uruapan.

Tabla 26

RESULTADOS DE ESTILO DE VIDA POR LOCALIDAD

Tabla de contingencia catscore * Localidad

			Localidad		Total
			Uruapan	Taretan	
catscore	DESFAVORABLE(menor de 60)	Recuento	42	51	93
		% de catscore	45.2%	54.8%	100.0%
		% de Localidad	11.6%	32.5%	18.0%
		% del total	8.1%	9.8%	18.0%
	POCO FAVORABLE (60 a 80)	Recuento	201	100	301
		% de catscore	66.8%	33.2%	100.0%
		% de Localidad	55.7%	63.7%	58.1%
		% del total	38.8%	19.3%	58.1%
	FAVORABLE (mayor a 80)	Recuento	118	6	124
		% de catscore	95.2%	4.8%	100.0%
		% de Localidad	32.7%	3.8%	23.9%
		% del total	22.8%	1.2%	23.9%
Total		Recuento	361	157	518
		% de catscore	69.7%	30.3%	100.0%
		% de Localidad	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	69.7%	30.3%	100.0%

Como puede apreciarse en la tabla 1 al calificar el estilo de vida encontramos que es mejor en la localidad de Uruapan, aunque en ambas localidades prevalece el poco favorable estilo de vida. Lo anterior deja sin fundamento la hipótesis de trabajo del estudio de investigación, y se acepta la hipótesis nula. También llama la atención el hecho de que únicamente el 3.8% de los pacientes de Taretan tengan un favorable estilo de vida.

Tabla 27

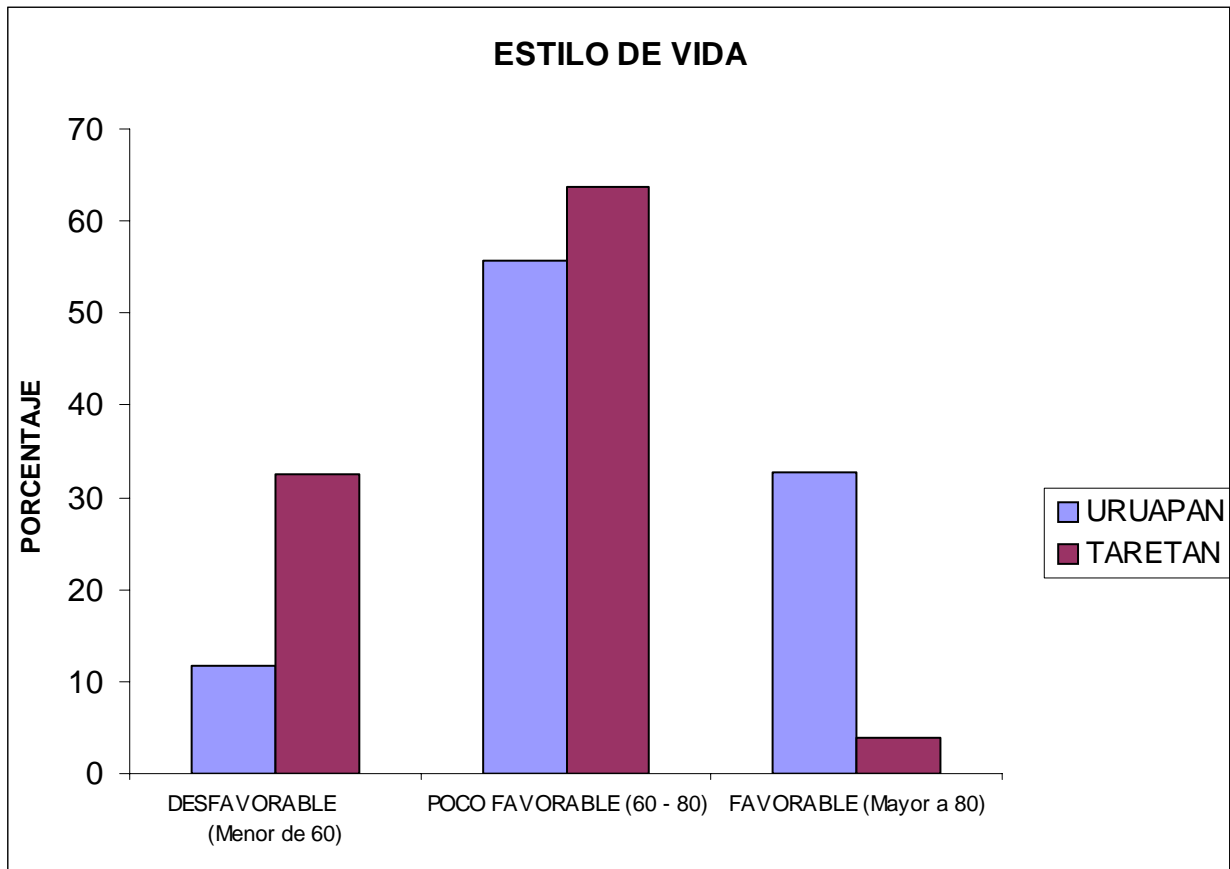
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65.786 ^a	2	.000
Razón de verosimilitudes	76.725	2	.000
Asociación lineal por lineal	64.985	1	.000
N de casos válidos	518		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 28.19.

La prueba de Chi cuadrada nos da una significancia estadística con una p de 0.000, que confirma que existe una diferencia real en el estilo de vida de las dos poblaciones

Grafica 1



En las tablas y gráfica se observa que el mejor estilo de vida lo tienen los pacientes de la localidad de Uruapan y que existe significancia estadística al aplicar la CHi cuadrada.

DISCUSION

La organización mundial de la salud (OMSS) recomienda para la prevención de la Diabetes tipo 2 el cambio en el estilo de vida y de los factores de riesgo, como los malos hábitos nutricios, la inactividad física el consumo de cigarrillos y alcohol. Esto busca cambiar riesgos por medio de programas que fomenten la cultura y la educación para la salud.

Por otro lado es ampliamente conocido que el estilo de vida se encuentra fuertemente asociado a la diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas y que en casi todos los humanos en que la Diabetes mellitus coexiste con obesidad pocos diabéticos se apegan a estilos de vida favorables.

No se encontraron estudios de investigación comparativos del estilo de vida de localidades urbanas y rurales.

Es ampliamente conocido que el estilo de vida favorable, ayuda al control y prevención de la Diabetes mellitus 2. Como se observó en un estudio realizado en los Estados Unidos Americanos, en el año 2002. Los resultados encontrados fueron que al momento del cierre, La incidencia de Diabetes fue de 58% menor en el grupo asignado al programa intensivo para modificar estilo de vida, Y un 31% menor en el grupo asignado a metformina, que en el grupo de placebo y recomendaciones habituales y comparando, el grupo que recibió metformina, con

el asignado al programa intensivo de cambios en el estilo de vida, la incidencia de diabétes fue de 39% menor en el segundo. Con lo que se demostró que un programa intensivo de modificación del estilo de vida así como el tratamiento de metformina resultan efectivos para prevenir o retardar la incidencia de Diabetes tipo 2 en una población de alto riesgo.

El estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar 76 de Uruapan Mich. y la Unidad de Medicina Familiar de Taretan Mich. Mostró que existe mejor estilo de vida en los pacientes de la UMF 76 de Uruapan. Aunque en ambas unidades el estilo de vida es poco favorable.

También llama la atención el hecho de que solo el 3.8% de los pacientes de Taretan tengan estilo de vida favorable, esto nos hace ver la importancia que tiene el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico y el acceso a los servicios para que exista un mejor de estilo de vida. Por lo que es necesario incidir aun más en el mejoramiento de las condiciones sociales como el nivel escolar, el acceso a los alimentos de mejor calidad nutricia y los accesos a mayor información sobre la enfermedad, condiciones que no se encuentran en las comunidades rurales. En este trabajo el nivel educativo de los pacientes explica mejor las diferencias en los estilos de vida, ya que en ambas poblaciones se observó una relacion directa entre el grado escolar y estilos de vida desfavorables, y es importante mejorar el estilo de vida de estos pacientes para evitar las complicaciones crónicas de esta enfermedad. Además de que existe la necesidad urgente de la formación de grupos multidisciplinarios en las unidades Rurales que cuenten con apoyo de nutriólogo, y trabajadoras sociales para que junto con los médicos brinden platicas

encaminadas a una mejor educación del paciente y que esta se vea reflejada en una mejor nutrición, apoyo en el estado anímico del paciente, y mejora del ejercicio habitual, en términos generales un mejor estilo de vida.

CONCLUSIONES

- 1.- Existe mejor estilo de vida en la localidad de Uruapan (población urbana) que en Taretan (población rural).
- 2.- El nivel educativo de los pacientes explica mejor las diferencias de los estilos de vida, que la ubicación en población rural o urbana en los pacientes.
- 3.- Contra lo esperado los pacientes en Uruapan hacen más ejercicio que los de Taretan.
- 4.- Hay más tendencia a la depresión en los Pacientes de Taretan.
- 5.- Es de llamar la atención que solo el 3% de los pacientes de Taretan tienen un estilo de vida favorable.
- 6.- los solteros son los que tienen estilo de vida más favorable. Y los viudos el estilo de vida desfavorable.
- 7.- Los hombres tienen mejor estilo de vida que las mujeres.
- 8.- Llama la atención que los pacientes entre los 18 y 39 años de edad tengan estilo de vida desfavorable.
- 9.- Hay una gran diferencia en cuanto a la información y educación otorgada en la Unidades de Taretan y Uruapan para el cuidado de salud.

RECOMENDACIONES

- Es importante mejorar las condiciones de vida, de educación y socioeconómicas para que la población tenga estilos de vida saludables en ambas Comunidades.
- Es necesario la implementación de grupos de apoyo en la Comunidad de Taretan formados por nutriólogo, trabajadora social y médicos para que brinden pláticas encaminadas a una mejor educación del paciente y al mejoramiento en su estilo de vida.
- Es conveniente dar seguimiento a los procesos educativos que se implementen para valorar el impacto en el estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- (1).- Leman GI, Gonzáles ZJ, Hernández O, Yamamoto KN. Effect of the diagnostic criteria for Diabetes in the Mexico City study new. *Endocrinal Practices* 1999; 5:76-83.
- (2).- Chávez TN, Vidal TR. Factores de riesgo en Diabetes Mellitus 2. *Rev Med Int Mex* 2003;5:8-10.
- (3).- Helminc Sp, Laug Rv, Palfenbarger Rs. Physical activity and reduced occurrence Of non-insulin dependent Diabetes Mellitus. *N. Engl Med* 1991; 21:14-18.
- (4).- López JM, Rodríguez Cr, Araiza J. Estilo y control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus 2. *Rev Área Primaria* 2004; 33(1):2-7.
- (5).- Álvarez AC, Millan F, Valles SV; Prevalencia de Diabetes Mellitus e hiperlipidemias en Indígenas Otomíes. *Rev invest Salud Pública Méx* 2001; 43 (5): 20-21.
- (6). Escobedo PJ ,Rico VB. Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes Mellitus en México. *Rev invest Salud Pública Méx* 1999; 38 (3):236-238.

(7).- Alvarado AF. Diagnostico de Salud de Zonas marginadas Rurales de México, 1986-1991 Distrito Federal, México. Rev Med IMSS 1992; 44(5): 321-328.

(8).- López Cj, Araiza AR. Construcción y validación inicial de un Instrumento para medir estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus 2. Rev Invest Salud Pública Mex 2003; 45(4):14-15.

(9).- Suárez PR, García GR, Aldana PD. Incidencia de la Diabetes Mellitas en un Municipio de la Ciudad de la Habana. Rev _Cubana_ Endocrinol _2000; 11(1): 37-40.

(10).- García G, Suárez R. Estudios de intervención dirigidos a disminuir el riesgo de padecer Diabetes Mellitus. Rev Cubana endocrinol 2001; 12 (2): 80-82.

(11).- Barceló A, Robles S, White F. Prevención de la Diabetes Mellitus 2. Rev Panam Salud Pública 2000;10(5): 10-11.

(12).- Franco PN, Valdés PC, Lobaina GR. Comportamiento de las complicaciones crónicas en diabéticos de tres consultorios. Rev. Cubana Anginol y Cir Vaso 2001; 2(1): 5-7.

(13).- García J, Salcedo RA, Covarrubias GV. Influencia de la Diabetes Mellitas en la actividad laboral. Rev Med IMSS 2004; 42(5):395-404.

(14).- Jáuregui JJ, De la Torre SA, Gomez PH. Impacto del programa de Diabetes Mellitus 2 en la zona rural del Sur del Estado de Nuevo León. Rev Med IMSS 2003 40(4): 307-318.

(15).- Rodríguez MR, López CJ, Murguía MC. Genética de la Diabetes Mellitus 2 en el Noreste de México. Rev Med IMSS 2003; 41 (3): 211-220.

(16).- Calderón J, Vasquez J L, Castillos OI. Prevención de la Diabetes tipo 2 mediante cambios de estilo de vida en individuos con intolerancia a la glucosa. Rev Soc Peru Med Interna. 2005; 26 (1): 17-21.

(17). - Alcántara E, Tejeda TL, Mercado HF. Calidad de vida del paciente con Diabetes Mellitus. Rev Invest Salud 2000; 28 (3): 2-3.

(18).- Cabrera PC, Martinez RA, Vega LM. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. Rev invest Salud Pública Mex 1996; 12 (2):2.

(19).- Islas S. Síndrome Metabólico y Diabetes Mellitus 2. 3ª. ed. México: Editores Diabetes Mellitus México Interamericana-Mac Graw-Hill, 1998: vol 3:15-28.

(20). Zúñiga GS, Islas AS. Modificaciones en el estilo de vida para el tratamiento de Diabetes Mellitus 2. Rev Méd IMSS 2000; 38 (6) :187.

(21).- Lazcano BG, Rodríguez MM. Análisis de mortalidad para Diabetes Mellitas en el IMSS. Rev Med IMSS 1999; 37 (7):39.

(22).- Guzmán PM, Cruz CA, Parra JJ. Eficacia de las acciones de enfermería en el programa de detección oportuna de Diabetes. Rev Enferm IMSS 2005; 13 (1): 9-13.

(23).- Krolewski AS, Warram IH, Chistilieb AR. Complications and prognosis of Diabetes Mellitus en Joslin. Diabetes Mellitus Philadelphia lea & febiger. 1978; 6:251.

(24).- Rodríguez OG, Rojas RM. La Psicología de la salud en América latina. 5ª. ed. México: Miguel Ángel Porrúa, 1998: vol: 5:13-32.

(25).- Sánchez R, Sosa JJ. Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir. la interfaz intervención-investigación en Psicología de la salud. La Psicología de la salud en América Latina. 9a ed. México: Miguel Ángel Porrúa, 1998: vol 9: 33-34.

(26).- Kuopio AM, The quality of life in Parkinson´s disease. *Mov Disord* 2000; 15(2):216-223.

(27).- Vázquez RM Prevalencia de Diabetes Mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo asociados en una Población de México, DF. *Gac Med Méx.* 1993; 129(3):191-199.

(28).- García PC, Reyes MH, Garduño EJ. La calidad de la vida en el paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. *Rev Med IMSS* 1995; 33 (2):293-298

(29).- Ríos CJ, Sánchez SP, Barrios SV. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes Diabéticos tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (2): 109-116.

(30).- López CJ, Ariza AC, Rodríguez MJ, Murguía MC. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev invest Salud Pública Méx.* 2003; 45(4):14-33.

(31).- Silvina G. Reduccion in the incidence of type diabetes mellitus with lifestyle intervension or metformin. Diabetes prevension program Reseach group. *N Engl Med.* 2002; 346 (6): 93-403.

ANEXOS
CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN PROYECTO DE INVESTIGACION

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número _____

El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes _____

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad sean manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del investigador

INSTRUMENTO PARA MEDIR ESTILO DE VIDA EN DIABETICOS

Nombre Sexo F M Edad: años Escolaridad Tiempo de evolución de DM2
 Ocupación Estado civil

Anexo 2: Elija una opción de respuesta marcando con una X en el cuadro que contenga la respuesta elegida

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 o 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 platicas con para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguno	
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 por mantener 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 la insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Total	

Gracias por sus respuestas