

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



Universidad Nacional
Autónoma de México

**DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO**

**DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADEMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #33
CIUDAD REYNOSA TAMAULIPAS**

TITULO:

**“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ABIGAIL PADILLA AVILA.





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.

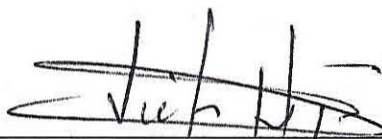
**“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

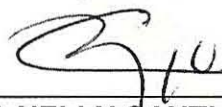
PRESENTA:

DRA. ABIGAIL PADILLA AVILA.

AUTORIZACIONES:



DR. VICTOR HUGO VAZQUEZ MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33
REYNOSA TAMAULIPAS.



DRA. OLGA NELLY CANTU SOLIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 33
REYNOSA TAMAULIPAS.

AGRADECIMIENTOS

A Dios mi padre amoroso quien me da la vida, las fuerzas y la sabiduría cada día para desempeñar este trabajo.

A mi esposo el Ing. Gilberto Mata De La Garza quien siempre estuvo a mi lado dispuesto a ayudarme en todas las áreas incondicionalmente, por tu amor, comprensión y por tus palabras de aliento a mi vida.

A mi hijo Gilberto Gadiel Mata Padilla gracias mi amor por la paciencia, por compartir el tiempo, por tus muestras de amor que me infundían el ánimo para seguir adelante, en los momentos más difíciles.

A mis padres Enrique Padilla Muñoz Y Amelia Ávila Pérez de quien en todo momento me sentí respaldada por ustedes y porque son mi más grande ejemplo de superación, entrega y por sus diarias bendiciones.

A mis compañeros residentes por su compañía en tantas aventuras en estos tres años de camino y la convivencia amena. Y en especial a mi compañera y amiga Dra. Sandra Liliana Flores Escobar por su apoyo y labor ardua tan importante en este trabajo y ser mi compañera de carretera en estos tres años.

A mi profesor y asesor de Tesis. El Dr. Víctor Hugo Vázquez Martínez quien con sus conocimientos, ayuda profesional, su tiempo y paciencia se hizo posible el presente trabajo.

A mi Jefa de enseñanza Dra. Olga Nelly Cantú Solís por toda la ayuda brindada durante nuestra estancia hospitalaria y su disponibilidad para la realización de este trabajo.

A mis maestros Dr. Saúl Campos León quien nos recibió con la mayor cordialidad a esta residencia. Así como todos los Médicos Especialistas que sembraron en mi sus conocimientos y amistad.

Al Dr. Rodolfo Chávez Cano director de la Unidad de Medicina Familiar # 18 por todo su apoyo en los permisos otorgados para realizar encuestas y acceso a expedientes de los pacientes

A el Instituto Mexicano Del Seguro Social por la oportunidad de trabajo y superación en área de educación.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el privilegio de ser parte de sus alumnos.

DEDICATORIA

A mi Esposo por todos su amor y apoyo incondicional en todos los detalles necesarios a mi vida.

A mi Hijo quien es la personita que me da la alegría y me inspira a seguir cada día adelante te amo.

A mis Padres quien con su gran esfuerzo y ejemplo forjaron en mí la idea de superarme y terminar.

A mis Hermanos por su gran apoyo y sus palabras de aliento durante todo este tiempo, Obed gracias por tu gran ayuda en este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	10
MARCO TEORICO:	
✚ INTRODUCCION.....	12
✚ ANTECEDENTES.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
JUSTIFICACION.....	32
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	34
METODOLOGIA:	
✚ CLASIFICACION DEL TIPO DE ESTUDIO.....	36
✚ POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	36
✚ TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	36
✚ CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
✚ VARIABLES.....	39
✚ PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	42
PLAN DE ANALISIS.....	43
ETICA Y FACTIBILIDAD.....	44
RESULTADOS:	
DESCRIPCION.....	45
TABLAS Y GRAFICAS.....	49
DISCUSION.....	59
CONCLUSION.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	65

ANEXOS.....	69
✚ DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	70
✚ CUESTIONARIO IMEVID.....	71
✚ CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	73

ABREVIATURAS EMPLEADAS

DM: Diabetes Mellitus.

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

IMEVID: Instrumento para Medir el Estilo de Vida en pacientes con Diabetes tipo 2.

ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

LDL: Lipoproteínas de baja densidad.

HDL: Lipoproteínas de alta densidad.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

FDI: Federación Internacional de Diabetes.

PRB: Renta Medio-Baja.

IMC: Índice de masa corporal.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estilo de vida de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 18 de Ciudad Valle Hermoso, Tamaulipas enero-mayo de 2010.

Material y métodos: Se trata de un estudio tipo observacional, descriptivo, tipo encuesta, donde participaron 255 pacientes derecho habientes del IMSS, que padecían DM2, se les aplicó el IMEVID, cuestionario que valora el estilo de vida en diabéticos tipo 2. Se tomaron datos sociodemográficos, medidas antropométricas, glicemia en ayuno, colesterol total, triglicéridos presión arterial, y tiempo de evolución de la enfermedad.

Resultados: El estilo de vida que predominó fue el inadecuado con un 85%, el sexo que prevaleció fue el femenino con un 67%, el rango de edad fue desde 25 hasta 84 años con una media de 63 años, la ocupación más frecuente fue de ama de casa con 54%, el estado civil que sobresalió fue casado con 69%, la religión más común fue la católica con 72.9%, la mayoría de los participantes tenía primaria completa con un 42.4%, aunque también se observó un gran número de analfabetismo con un 12.5%. En la clasificación de hipertensión se encontró 60% estaba normal, el estadio tuvo 26%, pre hipertensión en el 7.4%. El IMC que prevaleció fue sobrepeso con 34.1%, seguido de obesidad grado I con un 28.6%. El 65% de los participantes tenía obesidad considerando el diámetro de cintura que es de mayor de 80 cm en

mujeres y mayor de 90 cm en hombres. El tratamiento farmacológico se mantuvo en 91%. El 58% tuvo antecedentes de hipertensión arterial, 29% cardiopatías y 37% algún tipo de dislipidemias. La media de los años de evolución fue de 15 con un 11.4%, el ingreso económico mensual que predominó fue entre 2000 y 3000 pesos mensuales.

Conclusiones: El estilo de vida es una de las bases más importantes para la prevención de Diabetes tipo2, así como el tratamiento para llevar un buen control metabólico, prevenir complicaciones y disminuir la mortalidad.

INTRODUCCION

Determinar el estilo de vida en los pacientes Diabéticos Tipo 2, en la unidad de Medicina Familiar (UMF) número 18 de la ciudad de Valle Hermoso Tamaulipas que además de ser requisito parcial para obtener el grado de especialista en Medicina familiar, fue una inquietud que surgió de observar la gran cantidad de pacientes Diabéticos tipo 2 que acudían a la consulta de control en malas condiciones para su padecimiento como hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial, diferentes grados de sobrepeso y obesidad, infecciones concomitantes y múltiples complicaciones agregadas graves con la neuropatía, la nefropatía, retinopatías entre otras; las cuales alteraban en gran manera su calidad de vida.

Y además por otro lado, la gran cantidad de medicamentos que estos consumían como hipoglucemiantes, insulinas, hipolipemiantes, antihipertensivos, y múltiples antibióticos sin mencionar la gran cantidad de consultas de urgencias y hospitalizaciones, el gran costo económico que le produce a la institución y al país, sin lograr el control metabólico deseado.

La Diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes en México y el mundo entero. Su impacto hacia la humanidad está dejando una huella devastadora. De la mortalidad en México, 13 de cada 100 muertes de la población general y 1 de cada 4 muertes de la población de 40-59 años de edad corresponden a Diabetes Mellitus dentro de las cuales las mujeres representan un 13% más que los hombres. Los principales problemas de la Diabetes Mellitus Tipo 2 son la ausencia de un diagnóstico oportuno y la falta de apego al tratamiento para lograr un buen control metabólico.

Y dentro del tratamiento una de las áreas de mayor relevancia es el estilo de vida el cual se define como: "Patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y sus circunstancias". Sin embargo la gran mayoría de los pacientes están renuentes a cambiar sus hábitos de alimentación y ejercicio ya que han vivido con ellos por años y que el deshacerse de estas conductas no les es nada fácil. Pero la repercusión que este cambio o no, tiene a la mejoría o empeoramiento de la salud es enorme.

En la actualidad hay personas con Diabetes Tipo 2 que han sometido a una modificación en su dieta y ejercicio, además de tener un conocimiento acerca de su enfermedad, que les ha permitido tener un adecuado control metabólico en algunos inclusive, sin administración de medicamentos hipoglucemiantes evitando así, los efectos secundarios que estos pudieran tener, reduciendo el número de complicaciones.

Múltiples estudios han comprobado que los pacientes que llevan un mal estilo de vida, están relacionado con: sobrepeso, obesidad, hiperuricemia, dislipidemias, hipertensión arterial, lo que lleva a un síndrome metabólico, que se traduce en complicaciones cardiológicas devastadoras.

Se realizó el presente estudio a través de una encuesta que fue diseñada para valorar el estilo de vida en pacientes Diabéticos Tipo 2, en la República Mexicana, dentro de los 3 últimos meses al momento de la encuesta, que fue aplicada en la sala de espera y consultorios de la UMF, y se realizó la medición de tensión arterial, diámetro de cintura y un cuestionario de variables socio demográficas, además de variables bioquímicas como colesterol y

triglicéridos y glucosa en ayuno de enero a mayo 2010. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico EPI-INFO 3.5.1. En los resultados se encontró que la mayoría de los pacientes tienen un mal estilo de vida por lo cual, se encuentran inmiscuidos en un síndrome metabólico y con las complicaciones que se encuentran ya presentes en ellos o en vías de presentarlas.

Se concluye que el estilo de vida es de gran importancia conocerlo no solo para los paciente que ya tienen establecida la enfermedad, sino para todos aquellos que tienen factores de riesgos para desarrollarla; para el médico tratante, para fomentar a la población de pacientes a nuestro alcance a empezar realizar pequeños cambios en su estilo de vida que se verán reflejados en grandes beneficios a su salud y calidad de vida.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus (DM) se puede considerar como uno de los principales problemas de salud mundial, entre otras razones por su elevada prevalencia, su alto costo económico y el número de muertes prematuras que provoca. Desde el punto de vista clínico la DM es un grupo heterogéneo de procesos cuya característica común es la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción de insulina habitualmente por destrucción de la células beta pancreáticas de origen auto inmunitario en la DM tipo 1, o una progresiva resistencia a la acción periférica de insulina, con o sin déficit asociado en la secreción, en la DM tipo 2. En ambos casos, el desarrollo de la enfermedad se atribuye a una combinación de factores genéticos pres disponentes y una serie de factores ambientales que actuarían como desencadenantes.^{1,2}

La diabetes tipo 2 constituye la más prevalente, y resulta de la resistencia de insulina, con la consiguiente hiperinsulinemia compensadora.³

Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus.

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual es definido como en cualquier momento del día sin respetar el tiempo desde la última ingesta. Los clásicos síntomas de diabetes incluyen poliuria, polidipsia, y pérdida de peso inexplicada.
2. Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). El ayuno es definido como la no ingesta calórica de por lo menos 8 horas.

3. Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Este test debería ser realizado como fue descrito por la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Existe un grupo intermedio de sujetos cuyo nivel de glucemia no reúnen criterios para diabetes pero es muy alto como para considerarlo normal. Este grupo se define de acuerdo a la glucemia de ayuno, en tres categorías:

1. Glucemia en ayuno normal: menor a 100 mg/dl. Se considera anormal cuando esta por arriba de 100 pero por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126mg/dl).
2. Intolerancia a la glucosa: glucemia en ayuno mayor o igual a 110 mg/dl o menor a 126 mg/dl.
3. Diagnóstico provisional de diabetes: Glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dl. (El diagnóstico debe ser confirmado como se describe más arriba)

Las categorías correspondientes cuando se usa la prueba de tolerancia oral a la glucosa son los siguientes:

1. Tolerancia normal a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia < 140 mg/dl (7,8 mmol/l)
2. Intolerancia a la glucosa: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucemia mayor o igual 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y menor a 200 mg/dl (11,1 mmol/l)
3. Diagnóstico de diabetes confirmado: cuando a las 2 horas posteriores a la carga presenta glucosa > 200 mg/dl (11,1 mmol/l).⁴

La Diabetes tipo 1 no se puede prevenir, por ser una

enfermedad autoinmune en la que el cuerpo destruye sus propias células productoras de insulina. Las personas con Diabetes tipo 1 necesitan insulina para sobrevivir. La mayor parte de la Diabetes tipo 2 (85 a 95%), que en muchos casos se puede prevenir. Las personas con Diabetes tipo 2 no pueden utilizar la insulina que producen efectivamente, pero frecuentemente pueden controlar su condición con dieta y ejercicio, aunque muchas de ellas quizás requieran medicación incluyendo insulina para controlar adecuadamente su glucosa en sangre. Se estima que un 60% o más de la Diabetes tipo 2 se pueden prevenir.⁵⁻⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2002 existía en el mundo, por cada 100.000 habitantes, unas 3.000 personas con DM y se producían 190 nuevos casos al año. Las previsiones de la OMS para el año 2030 son de 366 millones de diabéticos en todo el mundo. La mayoría de ellos serán DM2; esta afección alcanzará dimensiones de auténtica epidemia en los países desarrollados. Este importante incremento se atribuye al crecimiento y envejecimiento de la población, la mayor frecuencia de obesidad, la falta de ejercicio y la urbanización.⁸⁻¹⁰

La Federación Internacional de Diabetes (FID) publicó que en el 2009 sus cifras demuestran 285 millones de personas en el mundo tienen Diabetes. Las últimas cifras del Diabetes Atlas de la FID indican que las personas de países de renta medio-baja (PRB) están soportando todo el peso de la epidemia y que la enfermedad

está afectando a más personas en edad laboral de lo que previamente se creía. Hoy las nuevas cifras publicadas durante el XX congreso mundial de la Diabetes en Montreal, Canadá, sitúan el número del próximo a los 300 millones, con una edad media mayoritaria entre los 20 y los 60 años. La FDI predice que para que si el actual índice continua creciendo sin control, el número total excederá a los 435 millones en el 2030, muchas más personas que la población actual de Norteamérica.^{11,12}

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de la enfermedades crónicas con mayor prevalencia en nuestro país. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ESANUT 2006) se encontró una prevalencia de nacional 9.5%, 20% mayor que 5 años la incidencia de Diabetes creció 35%.¹³

La Diabetes Mellitus es la primera causa de muerte tanto en el ámbito nacional como en el IMSS y se estima que la tasa de mortalidad crece 3 % cada año, que consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención a la salud.¹⁴

Se han descrito enormes diferencias en la prevalencia de la DM tipo2. Las poblaciones que han cambiado su modo de estilo de vida tradicional por estilos de vida modernos tienen las tasas más elevadas. La DM2 es la punta del iceberg de un conjunto de factores de riesgo cardiovascular descritos como “Síndrome Metabólico”. Altas prevalencias de obesidad, diabetes e hipertensión, junto al tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol

y la alta ingesta de calorías son una clara consecuencia del proceso de modernización.¹⁵ Las complicaciones resultantes en la DM tipo 2 son una causa importante en la morbilidad y mortalidad, y se asocia con el daño o falla de diversos órganos como el riñón, ojos, nervios, corazón, cerebro, aparato digestivo etc. También se asocia con una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares como un infarto agudo del miocardio, enfermedad vascular cerebral e insuficiencia arterial periférica. Hay además mayor predisposición a presentar obesidad, hipertensión y dislipidemias.¹⁶

La realidad es que los pacientes diabéticos tienen tasas más altas de coronariopatía, retinopatía, neuropatía y nefropatía. Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenidas con cuidado médico apropiado. Este cuidado implica modificar significativamente el estilo de vida y apegarse estrictamente a actividades de auto-cuidado, tales como monitorear las cifras de glucemia, administrar los medicamentos necesarios, llevar un régimen alimenticio y fomentar la actividad física.¹⁷

Los cambios socioeconómicos, estilo de vida y hábitos nutricionales han propiciado una verdadera epidemia de obesidad, hipertensión, Diabetes y dislipidemias, resultando necesaria su identificación en épocas tempranas de la vida en la cual puede ser susceptible de modificación. Es muy lamentable la evidencia científica que documenta la adquisición, durante la niñez, de comportamientos asociados con los factores de riesgo. Entre estos están: malos hábitos alimentarios, menor actividad física y el uso temprano de tabaco

y alcohol. Cambia la sociedad, cambias las costumbres, cambian los hábitos y emergen situaciones nuevas que pueden conducir a enfermedades y nuevas patologías que pudieron ser evitadas, simplemente con la corrección de conductas y hábitos perniciosos desde antes, incluso de la concepción hasta el periodo de la adolescencia.

Factor dietético: en las últimas décadas y en especial en los países occidentales, disponibilidad ilimitada de alimentos a alcanzado a casi toda la población, siendo uno de los cambios más significativos el aumento del consumo de grasa de origen animal y el aumento de comidas rápidas o picoteos y bebidas blandas, la mayoría con alto contenido de azúcar, grasa, bajos en nutrientes y densos de energía. Estos cambios tan significativos en la dieta en la edad pediátrica, están condicionados sobre todo por modelos de estructura familiar cada vez más dominantes como familias de un solo hijo, mono parentales o divorciados, menor supervisión, familiar de los alimentos y bebidas que ingiere el niño tanto dentro como fuera del hogar. El consumo de comidas rápidas se ha convertido en el principal componente de la dieta en niños y adolescentes de los países desarrollados.

Sedentarismo: Durante los últimos años la actividad de niños y adultos tanto dentro como fuera del hogar ha descendido de forma manifiesta, lo cual está condicionando por la tecnificación del transporte, del trabajo, el hogar, la comunicación, el ocio y las actividades recreativas sedentarias que juegan un papel determinante. Ver la televisión se ha convertido en la segunda actividad después de dormir, además del excesivo uso del internet. La inactividad física

constituye uno de los factores que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades crónicas no transmisibles.^{18,19}

La Diabetes Mellitus tipo 2 es consecuencia de la interacción de factores genéticos, ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a los pacientes con DM2, pues de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la Diabetes.^{20,}

La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la Diabetes o cambiar su historia natural.

Los pacientes con Diabetes Mellitus y otras enfermedades a menudo tienen dificultades para adoptar cambios en su estilo de vida y completar las actividades de auto-cuidado; la causa es multifactorial y obedece a las características de los pacientes tales como nivel educacional y características del escenario clínico. No obstante, hay pacientes que están involucrados en forma activa en su cuidado y toman decisiones de manera conjunta con su proveedor; estos son los que pueden tener menor dificultad para efectuar las actividades de auto-cuidado. Aspectos de la relación médico-paciente, tales como la comunicación y la empatía, son esenciales para la disponibilidad del paciente y su habilidad para completar las actividades de auto-cuidado.²¹

En el caso de la Diabetes, lo que la persona hace, piensa y siente, tiene un impacto para el desarrollo y mantenimiento de la

enfermedad, denominado a últimas fechas como estilo de vida. El papel activo que los seres humanos pueden tener en la conservación de su propia salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades ha permitido la proliferación de términos pensados para describir el papel del comportamiento respecto a la salud y la enfermedad. Así se habla de estilo de vida saludable, conductas o hábitos de salud y hasta factores protectores para referirse a todo aquello que un ser humano puede hacer, decir o pensar y cuyo resultado, sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. Por otro lado, se habla también de estilo de vida de riesgo, patrones de conducta o hábitos inadecuados o igualmente, hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado sea el debilitamiento de su estado de salud a corto, medio y largo plazo.^{22,23}

Las primeras aportaciones al estudio del concepto de estilo de vida fueron realizadas a finales del siglo XIX y principios del siglo XX por filósofos como Marx (1867), Veblen(1899) y Weber (1922), estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales (nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social) de su adopción y mantenimiento. Sin embargo en la noción del estilo de vida proporcionada por los autores de esa época, los

determinantes no eran únicamente de carácter socioeconómico, sino que también hacían referencia a factores individuales. Así, Weber destaca la importancia de las elecciones individuales, además de las condiciones estructurales (aspectos económicos, derechos, normas, relaciones sociales), como determinantes del estilo de vida. Las elecciones estarán limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen las condiciones estructurales.

Así pues, las definiciones de estilo de vida formuladas desde los orígenes de su estudio, a finales del siglo XIX, hasta mediados del siglo XX tienen en común la noción de integración, se hace referencia a una dimensión unificadora que une diferentes partes de un conjunto.

A mediados del siglo XX el concepto de estilo de vida se incorpora al área de la salud, perdiendo ese significado integrador que tenía en sus orígenes. Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva medico-epidemiológica. Esta perspectiva olvida casi por completo el marco psicosocial del comportamiento y reduce el concepto de estilo de vida a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud y desde esta perspectiva se introduce el término estilo de vida saludable.

A principios de los 80"s empezaron a introducirse progresivamente en el estudio de los estilos de vida saludables los modelos psicosociales. Desde este enfoque psicosocial destacan

los esfuerzos de la Organización Mundial de Salud (OMS) para impulsar el estudio de los estilos de vida saludables en diferentes etapas del ciclo vital y en diferentes circunstancias, como es el caso de las enfermedades.²⁴

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera 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 ha propuesto la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas.

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 u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.

Los pocos instrumentos disponibles para medir el estilo de vida son de tipo genérico, es decir, contruidos para aplicase a población general y no a personas con enfermedades específicas. Dos de los cuestionarios más conocidos son el FANTASTIC y el *Health-Promoting Lifestyle Profile* (HPLP) estos instrumentos han

sido traducido al idioma español pero su utilización clínica o en investigación ha sido escasa. El instrumento FANTASTIC no ha demostrado su utilidad real en la práctica clínica como una herramienta que permite identificar los estilos de vida “poco saludables” en pacientes con enfermedades específicas como la hipertensión arterial o la Diabetes Mellitus. Entre marzo del 2001 y abril 2002 se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en unidades de medicina familiar de la delegación Estado de México Oriente, Del instituto Mexicano del Seguro Social. Se diseño un instrumento de auto-administración, denominado instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), el cual fue sometido a revisión por un panel multidisciplinario de expertos para determinar su validez lógica y de contenido. Después de la depuración de ítems se obtuvo un instrumento conformado por 25 preguntas cerradas, distribuidas en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. A cada respuesta seleccionada se marca la respuesta elegida, a las cuales se les dio un valor entre 4, 2 y 0 puntos; al final se suman y esto determina el estilo de vida con un total de 100 puntos de 0 a 74 puntos es inadecuado y de 75 a 100 puntos es adecuado estilo de vida. El Instrumento para medir el estilo de vida en diabéticos es el primer cuestionario específico para sujetos con diabetes y tiene validez de contenido y consistencia. Este constructo cubre la

necesidad de contar con un instrumento específico que permite al personal de salud medir el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una manera rápida, válida y confiable.^{25,26}

Para conocer la etiología o la causalidad de los problemas de salud, es fundamental la medición del patrón de conducta de la vida diaria de nuestros pacientes. El estilo de vida puede ser un factor de riesgo: sin embargo, su modificación o conservación como patrón de conducta favorable para la salud genera un beneficio potencial en la salud.

En las enfermedades y accidentes de trabajo se puede considerar la causalidad como el acontecimiento, circunstancia, o combinación de factores que desempeñan un papel importante en los riesgos de trabajo.

Existen dos tipos de causas: Suficiente y necesaria. La causa suficiente es aquella que inevitablemente produce o inicia una enfermedad, y esta no suele ser un factor, si no un conjunto de varios componentes. La necesaria se define como aquella causa que no puede estar ausente en el desarrollo de un daño.

En la prevención de los problemas de salud, identificar los componentes de la causa suficiente es muy importante, pues aunque esté presente una causa necesaria, si no existe una suficiente, el daño no se desencadena.

El estilo de vida forma parte de la causa suficiente, y la modificación de algunos de sus componentes puede interferir con la acción de los demás y por lo tanto evitar el problema de salud.^{27,28}

Los conceptos de promoción de la salud, auto-cuidado y participación comunitaria emergieron en la década de los setentas y han tenido un rápido crecimiento en el mundo desarrollado. Hay evidencia de su efectividad, sin embargo, en los países en vías de desarrollo no es así. Hace falta promover el auto-cuidado de la salud.²⁹

El auto-cuidado es definido como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento. El auto-cuidado está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar.

Las capacidades de auto-cuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, cuando existen problemas de salud.^{30,31}

Es importante tomar en cuenta que el bienestar también está supeditado a las interacciones que el individuo tiene con otras personas como los propios familiares. De igual manera la experiencia del proceso de envejecimiento es decisiva. El sentido de bienestar conlleva a la persona a vivir con calidad.³²

Cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en la Diabetes o para reducir la probabilidad de complicaciones agudas y crónicas logra su cometido al influir en el estilo de vida de los pacientes.^{33,34}

Para tener cierta efectividad en el tratamiento de la Diabetes, el paciente debe asumir su responsabilidad en la búsqueda de una vida más satisfactoria; que requiere su participación decidida para modificar hábitos hacia conductas más saludables, teniendo en cuenta que los estilos de vida no son atributos de superficie intercambiables y manipulables, sino que son cualidades ancladas en las

entrañas que resistirán en mayor o menor grado cualquier tentativa de modificación.^{35,36}

El éxito o fracaso del auto-cuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por los siguientes aspectos: a) el tratamiento y la enfermedad (complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica); b) los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, autoefectividad, estrés, depresión y abuso de alcohol); c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y social); d) los factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales).³⁷

De esta forma, la calidad de vida de los pacientes depende de gran parte del estilo de vida que realicen, lo que les permitirá si lo manejan de forma adecuada, más años de vida saludable.

Entre las etapas psicológicas de negación, ira y negociación por las que suele atravesar el paciente antes de aceptar su enfermedad, existen grandes agujeros negros en los que permanece, antes de pasar a la aceptación, en la que es capaz de lograr un mejor control, la autoafirmación y autoestima son trascendentales para ello. Se sabe que conforme el paciente adquiere mayor conciencia de su enfermedad se percata de la naturaleza crónica del padecimiento y que depende de él mismo la decisión de mantenerse sano.³⁸

La DM tipo2, junto con sus devastadoras complicaciones macro y Micro- vasculares, está suponiendo un alto costo socioeconómico y una carga para los niveles secundarios y terciarios de los servicios públicos de salud en los países pobres,

y en los países ricos afecta sobre todo a los sectores más desfavorecidos. Para controlar las dimensiones que está tomando el problema de la DM 2 se requieren cambios en la estructura de los servicios de salud: disponer de recursos suficientes, coordinación efectiva de todos los niveles de la administración sanitaria, equipos interdisciplinarios de salud y contar con los profesionales y las sociedades de autoayuda de diabéticos.³⁹

La medición del estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 es un pilar fundamental en el control glicémico. El impacto de mantener un estilo de vida adecuado ha demostrado beneficios tangibles en todos los aspectos, tanto para el paciente como para las instituciones de salud.⁴⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes tipo 2 es una de las enfermedades de mayor prevalencia en el mundo afecta a un gran número de personas. Y probablemente se duplique en las próximas décadas. Problema sanitario de enorme magnitud que afecta a todos los estratos, mas en las de bajos recursos por diagnostico tardío y casi nula educación diabetológica. Nueve de cada diez de los diabéticos presenta Diabetes tipo 2 y su prevalencia esta aumentando en todo el mundo occidental como consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios. Por lo general el comienzo de la diabetes tipo 2 precede en varios años al diagnostico clínico y los factores del riesgo mas importantes son la edad, la obesidad y la historia familiar de Diabetes.

Se calcula que en los Estados Unidos de América la prevalencia de Diabetes es del 6.6% entre la población de 20 a 74 años y que probablemente continuara subiendo hasta el 10% en los próximos años. Alrededor de 10,000 000 de estadounidenses tienen Diabetes y se estima que otros 5,000 000 tienen Diabetes no diagnosticada.

En España, la incidencia de Diabetes tipo 2 se estima en 8/1.000 Habitantes/año, la prevalencia es del 6 al 10% según el grupo de edad y la zona estudiada, y como dato destacable resulta que casi la mitad de los pacientes desconocen tener la

enfermedad. Así alrededor de 2.1 millones de españoles tienen Diabetes aun que solo 1.1 a 1.4 millones lo saben.

Ante tal magnitud de este problema de salud pública consideramos que es de suma importancia conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ya que este juega un papel fundamental en el desarrollo y control de esta enfermedad. Se ha comprobado en diferentes estudios que cambios en el estilo de vida ayudan a retardar la aparición de la Diabetes tipo 2 en individuos de alto riesgo, a mejorar el control en portadores de esta enfermedad, a disminuir las devastadas complicaciones y aumentar la esperanza de vida.

Por lo anterior realizo la siguiente pregunta.

¿Cuál es el estilo de vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2?

JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en México. Con el incremento de la obesidad y los hábitos de vida sedentarios se espera que en los próximos años se incremente aun más.

Es por ello necesario, conocer estrategias para prevenir o retardar la aparición de la Diabetes tipo 2. Diversos estudios han demostrado que cambios en los estilos de vida como una mejor alimentación baja en carbohidratos y grasas, aumento en la actividad física como mínimo de 30 minutos de 3 a 5 veces por, disminución en la ingesta de alcohol, dejar de fumar entre otras disminuía la incidencia de Diabetes en personas con alto riesgo, mejoraba los valores generales de glucemia y reducía las complicaciones como neuropatías, nefropatías, retinopatías, cardiopatía y enfermedad vascular periférica.

El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con Diabetes tipo 2. Así como todo el equipo médico multidisciplinario compuesto por enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, psicólogos, así como todos los médicos especialistas ínter consultantes, así como directivos de las Unidades de Medicina Familiar para conocer que el tratamiento de la Diabetes es en conjunto para lograr mejores resultados y disminuir los altos costos en las dosis excesivas de los medicamentos,

hospitalizaciones innecesarias, debidas a múltiples complicaciones que se presentan en la mayoría de los pacientes diabéticos mal controlados. Recordando como siempre que es mejor la prevención, que la curación o rehabilitación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el estilo de vida 255 pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 18 de Ciudad Valle Hermoso, Tamaulipas, México, en el periodo enero-mayo del 2010.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar el tipo de estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2.
- Identificar, género, edad, ocupación, estado civil, religión, escolaridad e ingreso económico mensual de los participantes y su posible relación con el estilo de vida.
- Conocer comorbilidades:
 - ❖ Clasificación de la hipertensión Arterial en caso de existir en pacientes con diabetes tipo 2.
 - ❖ Clasificar si existe, obesidad por índice de masa corporal y diámetro de cintura.
- Determinar el tipo de tratamiento que llevan estos pacientes para su control.
- Enumerar y comparar los valores bioquímicos de glucosa en ayuno, colesterol total y triglicéridos de estos pacientes con las metas establecidas para un buen control metabólico.
- Identificar los antecedentes personales patológicos como hipertensión Arterial, cardiopatías y dislipidemias previamente diagnosticadas.

- Conocer los años de evolución desde diagnóstico de la enfermedad hasta la actualidad.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, tipo encuesta, de prevalencia, no comparativo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El universo de estudio fueron todos los pacientes mayores de 20 años de edad, con Diabetes Mellitus tipo 2, que son un total de 657 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No18 del IMSS de La Ciudad de Valle Hermoso Tamaulipas México. De los cuales se seleccionaron 255 que acudieron a la clínica por algún motivo, que firmaron el consentimiento informado y que desearon participar en el estudio en el periodo desde el 1ero de enero 2010 hasta 31 de mayo 2010.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

TECNICA MUESTRAL:

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia y se encuestaron a **255 participantes**, de un total de 657 diabéticos pertenecientes a la UMF #18 de Valle Hermoso, Tamaulipas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Participantes de ambos sexos que tengan un diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 a partir de un año diagnosticado, según criterios específicos, de las guías clínicas del IMSS para el diagnóstico y control de la DM2.
- B) Que sean mayores de 20 años.
- C) Que sean derechohabientes del IMSS.
- D) Que estén adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 18.
- E) Que voluntariamente deseen participar en el estudio.
- F) Que acudan a la clínica UMF #18.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A) Tener menos de un año de diagnóstico de la enfermedad.
- B) Tener Diabetes Mellitus tipo 1, insípida, o gestacional.
- C) Individuos que por algún motivo no puedan emitir la palabra.
- D) Que tengan alteración de la conciencia.
- E) Que tuvieran menos de 20 años de edad.
- F) Que no contaran con datos de laboratorio como glucosa sérica en ayuno, colesterol total y triglicéridos de los últimos 3 meses anteriores a la aplicación de la encuesta.
- G) Todos aquellas pacientes que cursaban con embarazo, o pacientes con alguna enfermedad importante por ejemplo:

ceguera, insuficiencia renal terminal, amputación de algún miembro, o que tenían alguna prótesis en sus miembros inferiores o aquellos que por algún motivo tuvieran contraindicado el realizar ejercicio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- A) Todos aquellos que si cumplían con los de inclusión pero que por algún motivo no desearan continuar contestando la encuesta.

VARIABLES DEL ESTUDIO

	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición	Indicador
Estilo de Vida	Manera de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta.	Actos realizados por la persona a pesar de sus condiciones de vida.	Cualitativa ordinal.	Cuestionario IMEVID a) Buen estilo de vida (75-100PTS) b) Estilo de vida inadecuado (0-74PTS)
Edad	Tiempo transcurrido A partir del nacimiento De un individuo hasta la fecha actual.	Años cumplidos a la fecha del cuestionario.	Cuantitativa Discreta.	Edad en años.
Escolaridad	Años cursados de educación del Individuo.	Numero de años académicos máximo, al momento Del estudio.	Cualitativa ordinal.	a) analfabeta. b) sabe leer y escribir. c) primaria incompleta. d) primaria completa. e) Secundaria incompleta. f) preparatoria incompleta. g) preparatoria completa h) profesional.
Estado Civil	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y Obligaciones civiles.	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa Nominal.	a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) Unión Libre f) Separado
Ocupación	Actividad u oficio económico Remunerable de una persona.	Ocupación del individuo al momento del Estudio.	Cualitativa Nominal.	a) Desempleado b) Ama de casa c) Obrero d) Empleado e) otro. f) pensionado g) Profesional
Nivel de Ingreso	Percepción económica familiar en un periodo de un mes.	Percepción económica mensual a la fecha de la entrevista.	Cuantitativa continua.	Ingreso mensual en Pesos moneda nacional.

Sexo	Características Biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer.	Características Fenotípicas que diferencian a un Hombre y una Mujer.	Cualitativa nominal.	1) Masculino. 2) Femenino.
Peso	Peso a la medida de la masa corporal.	Determinación de peso en kilogramos	Cuantitativa continua.	Peso en Kilogramos.
Talla	Medición de altura de un individuo.	Determinación de talla en metros con centímetros.	Cuantitativa continua	Talla en metros y centímetros.
IMC	Índice de masa corporal o índice de Quetelet.	Es determinado por peso en Kg, dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado.	Cuantitativa ordinal.	>18.5-----bajo peso 18.5 a 24.9----peso normal. 25 a 29----- sobrepeso 30 a 34.9----- obesidad I. 35 a 39.9----- obesidad II. 40 a 49.9-----obesidad III 50 y más-----obesidad Extrema.
Diámetro De Cintura	Medición de la circunferencia de la cintura en cm.	Determinación de la circunferencia de la línea por debajo de reborde costal y por encima de la cresta iliaca.	Cuantitativa Discreta.	Circunferencia en centímetros, Normal : -Mujeres menor de 80cm: -Hombres menor de 100cm:
Diámetro de Cadera	Medición de la circunferencia de la cadera en cm.	Determinación de la circunferencia en la mayor prominencia glútea.	Cuantitativa Discreta.	Circunferencia en centímetros.
Tensión Arterial	Medición de la presión arterial en mmHg.	Determinación de la toma de TA en una sola ocasión.	Cuantitativa continua.	Presión arterial en mmHg.
Glucosa en ayuno	Monosacáridos, hidrato de carbono que constituye una fuente esencial de energía para el organismo.	Determinación de la última glucosa en ayuno en los últimos 3 meses.	Cuantitativa Continua.	Glucosa en mg/dl Limites normal de 70-100mg/dl.

Tratamiento	Medidas terapéuticas utilizadas para lograr un control adecuado de la diabetes.	Tratamiento a seguir para lograr un control de su glucosa en sangre.	Cualitativa nominal.	1) No farmacológico (Dieta y ejercicio). 2) farmacológico (Hipoglucemiantes orales, Insulina). 3) Ninguno.
Comorbilidad	Enfermedades agregadas antes o después del diagnóstico de DM2.	Enfermedades asociadas o agregadas, acompañantes de la DM2	Cualitativa Nominal.	1) Hipertensión arterial. 2) Cardiopatías. 3) Dislipidemias. 4) Otras.
Colesterol total	Sustancia cerosa, principal esteroide del organismo humano precursor de todos los demás componentes esteroides.	Compuesto graso producido de manera natural por el hígado cuya función principal en la protección y desempeño de algunas hormonas y células; valor de colesterol total en última muestra en los últimos 3 meses.	Cuantitativa Discreta.	Colesterol total en mg/dl Valores normales de 100-200mg/dl.
Triglicéridos	Molécula de glicerol en la que los tres grupos hidroxilo se encuentran esterificados por ácidos grasos.	Es el principal tipo de grasa para general energía en el cuerpo; valor de triglicéridos en última muestra en los últimos 3 meses.	Cuantitativa discreta.	Valor de triglicéridos en sangre en mg/dl. Límites normales. Normal: 80-140mg/dl
Años de evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido desde inicio de la enfermedad hasta la fecha actual.	Tiempo transcurrido en años o meses desde el diagnóstico de la enfermedad.	Cuantitativa discreta.	Tiempo transcurrido en meses o años.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar de Ciudad, de Valle Hermoso Tamaulipas en el área de consulta externa de Medicina Familiar, con previa autorización solicitando permiso por escrito de las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar #18. Se realizó una prueba piloto con algunos pacientes, antes de aplicarlo en los participantes para eliminar o agregar según la conveniencia del estudio.

Se procedió a entrevistar a 255 pacientes Diabéticos tipo 2, de forma consecutiva a los cuales se le informó y explicó acerca del estudio en curso, los que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado, refiriéndoles que en todo momento se mantendría el anonimato de sus nombres y solo se usarían sus datos para fines de estudio con carácter confidencial.

Las encuestas fueron aplicadas por el investigador y por un ayudante previamente entrenado para la aplicación del cuestionario IMEVID para medir el estilo de vida de los pacientes diabético tipo 2 en castellano, que consto de 25 preguntas y el cuestionario de variables socio demográficas, y que además, se tomaron medidas antropométricas y presión arterial, además se revisó cada expediente clínico electrónico, tomando los datos de la ultima glucosa sérica en ayuno, colesterol total y triglicéridos, registrada dentro de los últimos tres meses de cada paciente, tipo de tratamiento, co-morbilidad, y años de evolución de la Diabetes.

PLAN DE ANALISIS

Todos los datos fueron capturados, revisados, que estuvieran completos y se analizaron en el paquete estadístico EPI-INFO 3.5.1. Se utilizó estadística descriptiva se busco la prevalencia del tipo de estilo de vida, se busco la relación con los datos socio demográficos, con las medidas antropométricas , se buscó y clasificó la hipertensión arterial (según JNC7) y se identifico si había sobrepeso y obesidad clasificada en grados por índice de masa corporal y por la circunferencia de la cintura; la prevalencia de los antecedentes patológicos como hipertensión preexistente, dislipidemias y cardiopatías, además el tipo de tratamiento, y se clasifico sobre quienes se acercaban a las metas del tratamiento, con los valores de variables bioquímicas, según estándares establecidos de control metabólico (guías clínicas del IMSS), se busco los años de evolución de diagnosticada la enfermedad, todo esto se hizo comparaciones con el tipo de estilo de vida de los participantes y se presentaron los resultados en gráficas de pastel, barras y polígono de frecuencias según el tipo de variables, realizándolas en el mismo sistema estadístico y exportándolas a word . Y además se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes basadas en los resultados.

ETICA Y FACTIBILIDAD

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para salud artículo 96 y a la Declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que el estudio se realizó con la previa aprobación del comité local de investigación y ética 2803. Éticamente los resultados fueron solo nominales y numéricos y no se dieron a conocer nombres de los participantes por lo cual no afectó de ninguna manera a los pacientes.

Dicho estudio corrió a cargo del médico residente, mismo que contó con el tiempo necesario, para realizar la investigación, la cual no requirió un costo sumamente excesivo y fue factible realizarlo ya que consistió en aplicar cuestionario IMEVID y de variables socio demográficas, sus medidas antropométricas y las medidas bioquímicas eran parte de su expediente lo cual no representó gasto para este estudio.

RESULTADOS

Participaron un total de 255 pacientes Diabéticos tipo 2 y los resultados se destacaron por que prevaleció un **estilo de vida** inadecuado con una frecuencia de 217 con un 85.1% y un estilo de vida adecuado en un total de 38 con un 14.9%(Grafica 1).

En cuanto al **género** se encontró un predominio del sexo femenino con una frecuencia de 171 con un 67 % contra 84 el sexo masculino con 32.9%(Grafica 2). El estilo de vida no fue relevante ya que fue casi proporcional al género.

La **Edad** el paciente con menor edad fue de 25 años, la media de la edad fue 63 de con un 6.7 % y el paciente con mayor edad fue de 84 años. (Grafica 3).

La **ocupación** se midió conforme se repetían las respuestas y se agrupó; de estos el que predominó, fue de ama de casa, con una frecuencia de 139 y un 54,5%, empleados diversos, con una frecuencia de 35 equivalente a un 13.4%, en otros fue de 35 igual a 13.7%, pensionados, fueron 19 con un 7.5%, obreros, 19 con un 7.5% , jubilados, 4 con 1.6%, desempleados 2 con un 0.8%, Profesionales solo 2 con un 0.2 %. (Grafica 4).

El **Estado civil** en el presente estudio se encontró que en su gran mayoría fueron casados con una frecuencia de 177 con 69.4%, seguido de viudos 54 con 21.2%, separados 9 con un 3.5 %, solteros 8 con 3.1%, divorciados fueron 4 con un 1.6% y unión libre 3 con 1.2 %. (Grafica 5).

La religión que predominó fue la católica con una frecuencia de 186 personas igual a 72.9 %, protestante 46 con un 18%, ninguna con un total de 16 equivalente al 6.3% y otras con 7 participantes con un 2.7%.(Grafica 6)

En cuanto a la **escolaridad**, podemos observar que predominó fue la primaria completa, con una frecuencia de 108 pacientes con un 42.4%, primaria incompleta total de 46 con un 18%, secundaria completa con 42 con un 16.5% , un alto índice de analfabetismo con 32 de ellos con un 12.5%. Y una muy limitada educación profesional con 7 personas igual a un 2.7%. (Grafica 7) (Tabla 1.)

Referente al **ingreso económico mensual** que perciben los participantes, los resultados manifiestan, que la mayoría de los pacientes encuestados, perciben mensualmente entre 2,001 y 3,000 pesos moneda nacional con una frecuencia de 112, entre 3,001 y 4,000 pesos fueron 69, entre 500 y 2,000 pesos fueron 58 Y que una muy pequeña minoría percibe entre los 6,000 y 10,000 pesos solo dos pacientes (Tabla2).

Algo importante era clasificar las cifras de **presión arterial** encontradas en los participantes. Nuestros resultados fueron que la mayoría fue normal con 154 con un 60%, pero además se descubrió que el *Estadio I*, fue el que más predominó con 67 con un 26%, le siguió *Estadio II* con 11 y un 4.3%; además se encontró a 19 pacientes sin antecedentes de hipertensión arterial con rangos de *Pre hipertensión* con un 7.4% (Grafica 8).

La obesidad es uno de los parámetros a recopilar que no podían faltar, la medimos de dos maneras por el índice de masa y por diámetro de cintura;

En cuanto al **IMC**, los resultados fueron los siguientes: se presentó mayormente *sobrepeso* con una frecuencia de 87 con 34.1 %, le siguió la *obesidad tipo I* con una frecuencia de 73 y 28.6%, el *peso normal* con 49 y 19.2%, *obesidad tipo II* con 32 y 12.5%, en todas ellas se encontraron calificaciones de adecuado estilo de vida pero en la *obesidad tipo III* con frecuencia de 14 y un 5.5%, solo se encontró un inadecuado estilo de vida.(Grafica 9).

Por **diámetro de cintura**, los resultados fueron que un 65.9%, si presento una obesidad de tipo androide por su diámetro de cintura, contra un 34.1% que tenían un diámetro de cintura normal (Grafica10).

En cuanto al tipo de **tratamiento** que llevan los pacientes. Los resultados fueron el tratamiento más utilizado fue el *farmacológico* con o sin dieta y ejercicio con un total de 232 con un 91%, le siguió *ningún* tipo de tratamiento con 17 un 67%, y el menor fue el tratamiento *no farmacológico* quien manifestaron controlarse solo con dieta y ejercicio.(Grafica 11)

En cuanto a las **metas de control de los pacientes diabéticos** según guías del IMSS; los resultados para **colesterol total** se colocan en *buen control* con la mayoría de los participantes obteniéndose 167 lo que equivale a un 65.5%. Para **triglicéridos** de igual manera se encuentran la mayoría en nivel de *bueno* con 163 de los participantes que es un 64%. Sin embargo en **Glucosa en ayuno** se coloca en un nivel *malo* con 118 del total de los participantes lo que sería un 46.3%, lo que nos habla de un mal control metabólico. (Tabla 3).

En cuanto a que tenían **antecedentes de hipertensión arterial**, los resultados arrojaron que del total de los participantes 150 si tenían antecedentes de hipertensión arterial con un 58.8%, en los cuales predominó el inadecuado estilo de vida. Y que 105 no presentaron antecedentes con 41.2%. (Grafica 12).

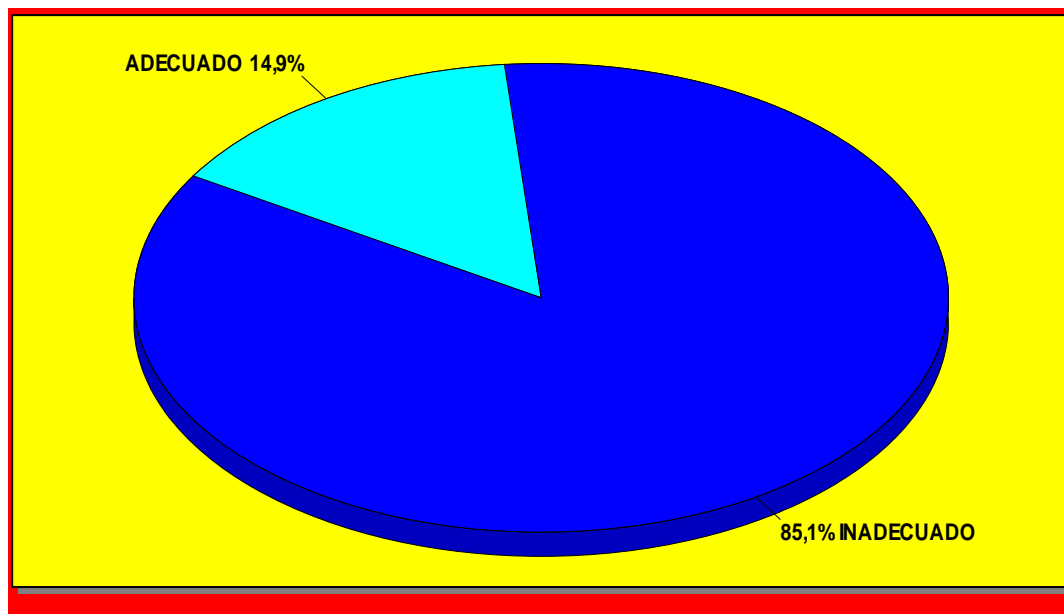
Antecedentes de Cardiopatías los resultados mostraron que el 88.6% no refirió conocer acerca de padecimientos cardiacos mientras que un 29% refirió tener algún antecedentes de cardiopatía. (Grafica13).

En el presente estudio se encontró que el 62 % negó algún **antecedentes de dislipidemia** contra un 37.6% que si la presentaba como comorbilidad. Sin embargo el inadecuado estilo de vida fue proporcional en ambos grupos. (Grafica 14).

En cuanto al **tiempo de evolución de la enfermedad**, se encuestaron a pacientes que mínimo tuvieran un año de evolución de la enfermedad y el mayor número de años de evolución encontrado fue de 38 años. La Media de la edad fue de 15 años con un 11.4%. Le siguió 20 años con 9.0%, 5 años con un 8.4%, 15 años con un 8.2%.(Grafica 15).

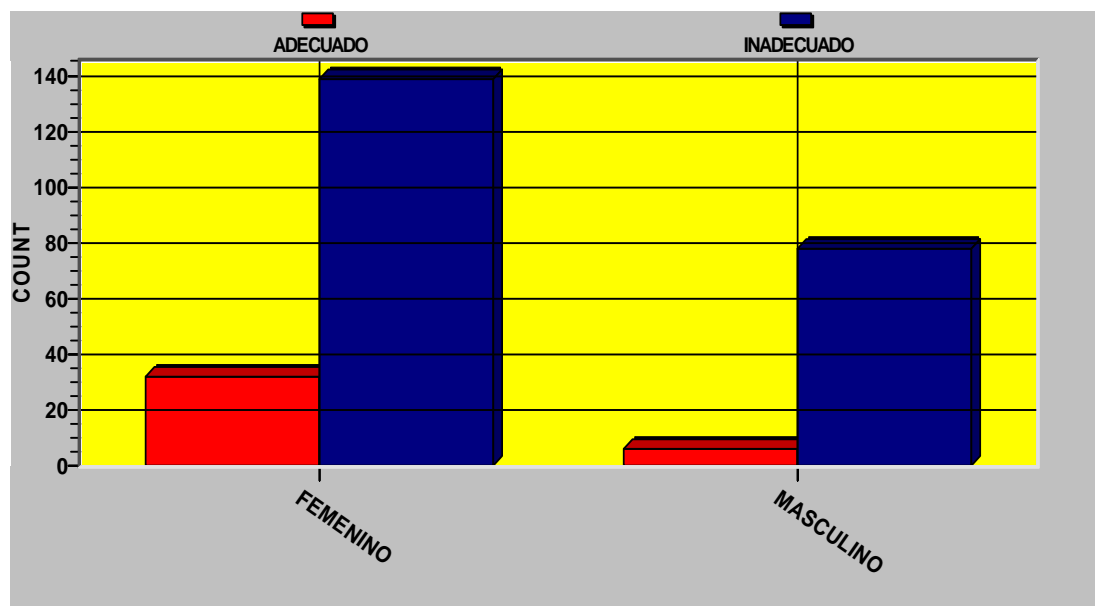
TABLAS Y GRAFICAS DE LOS RESULTADOS

Gráfica 1: Estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2.



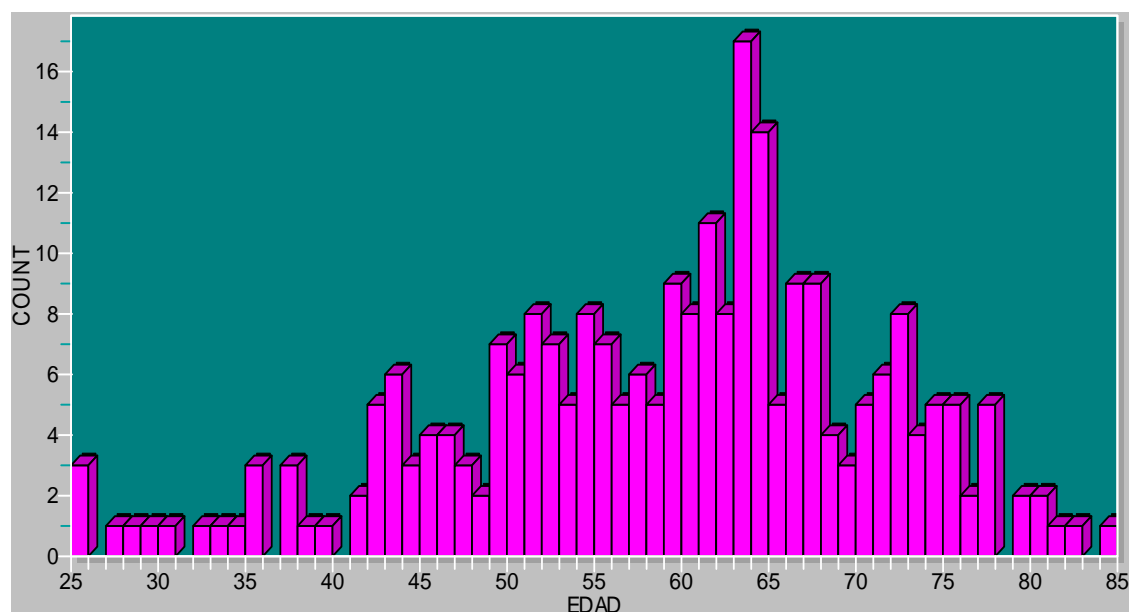
Fuente. Encuesta IMEVID.

Gráfica 2: Género y estilo de vida de los participantes.



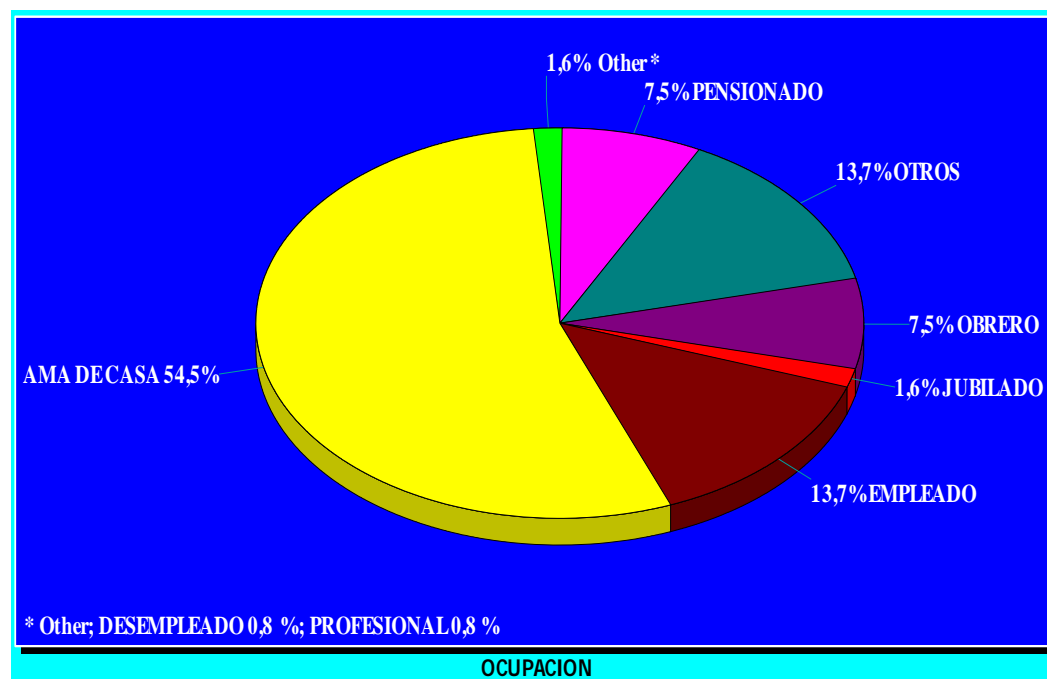
Fuente: Encuesta IMEVID y variables socio demográficas.

Grafica 3: Edad de los participantes.



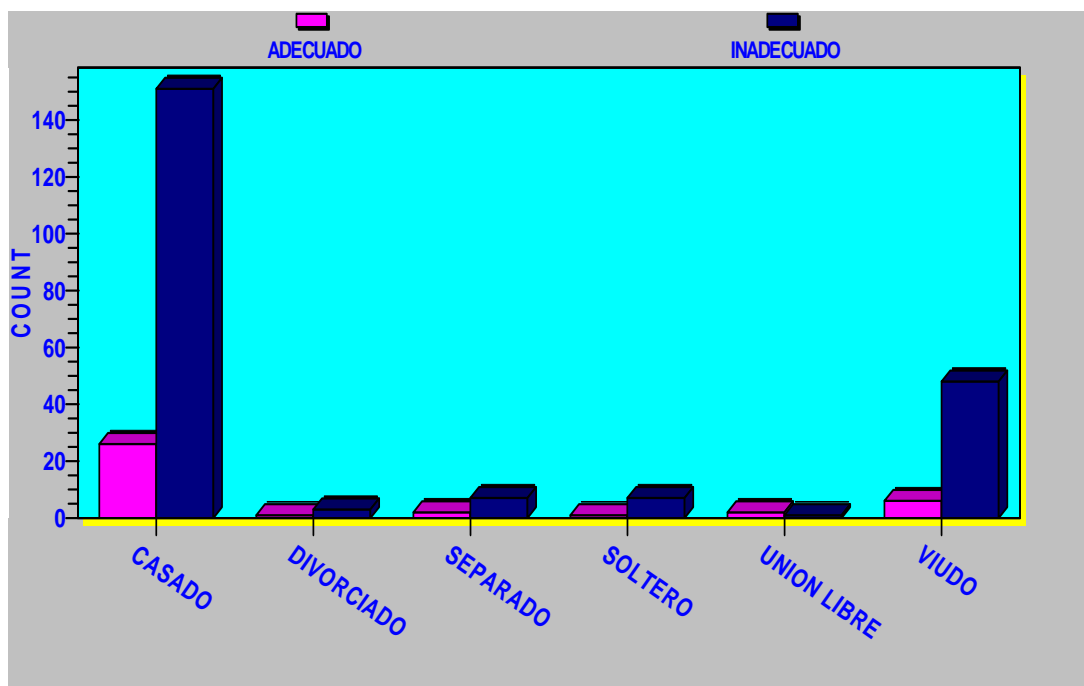
Fuente: Encuesta de variables socio demográficas.

Grafica 4: La ocupación de los diabéticos tipo 2.



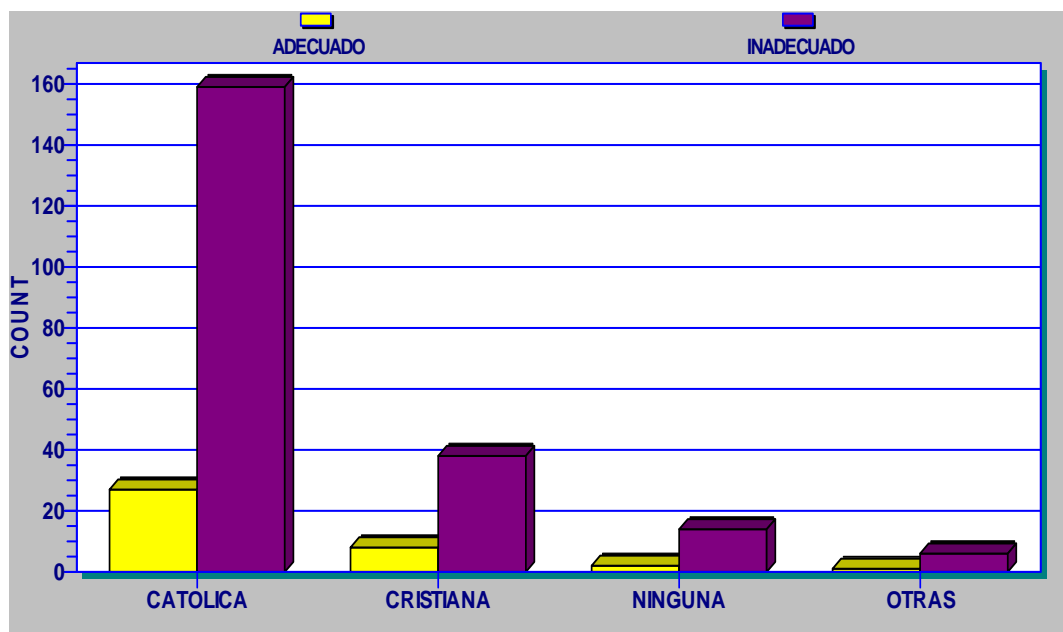
Fuente: Ecueta de variables sociodemograficas.

Grafica No. 5 Estado civil y estilo de vida de los diabéticos tipo2.

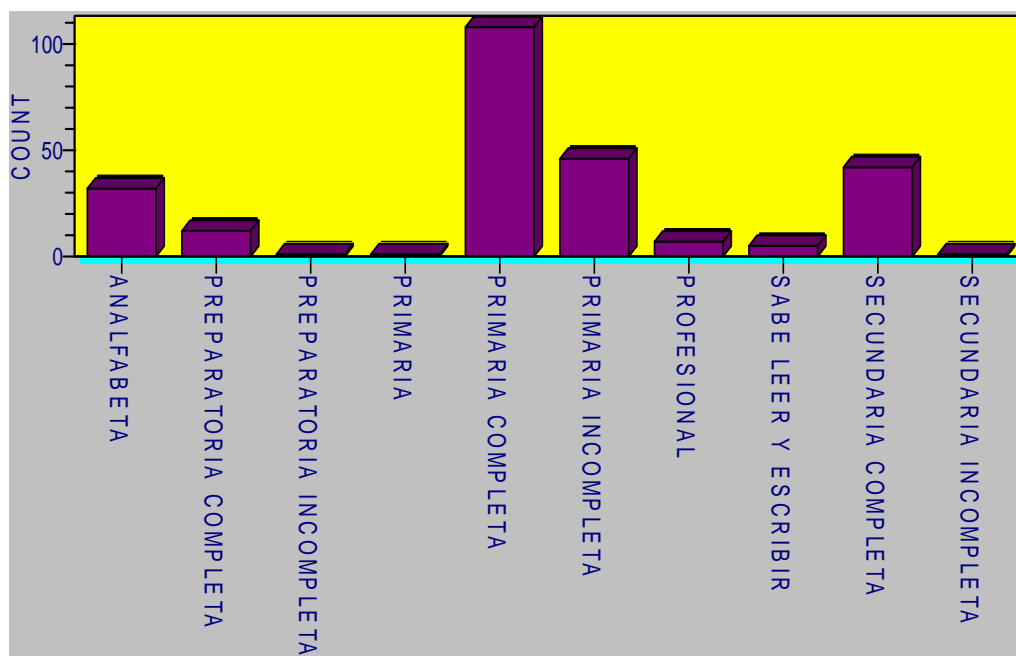


Fuente: Encuesta IMEVID Y variables socio demográficas.

Grafica No.6. Religión y estilo de vida de los participantes.



Fuente: Encuesta de IMEVID Y de variables socio demográficas.

Grafica 7: Escolaridad de los participantes.

Fuente: Encuesta de variables socio demográficas.

Tabla 1: Frecuencia y porcentajes de La escolaridad de los participantes.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
ANALFABETA	32	12.5%	12.5%
SABE LEER Y ESCRIBIR	5	2.0%	14.5%
PRIMARIA COMPLETA	108	42.4%	56.9%
PRIMARIA INCOMPLETA	46	18.2 %	75.1%
SECUNDARIA COMPLETA	42	16.5%	91.6%
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	0.4%	92%
PREPARATORIA COMPLETA	12	4.7%	96.7%
PREPARATORIA INCOMPLETA	1	0.4%	97.1%
PROFESIONAL	7	2.7%	99.8%

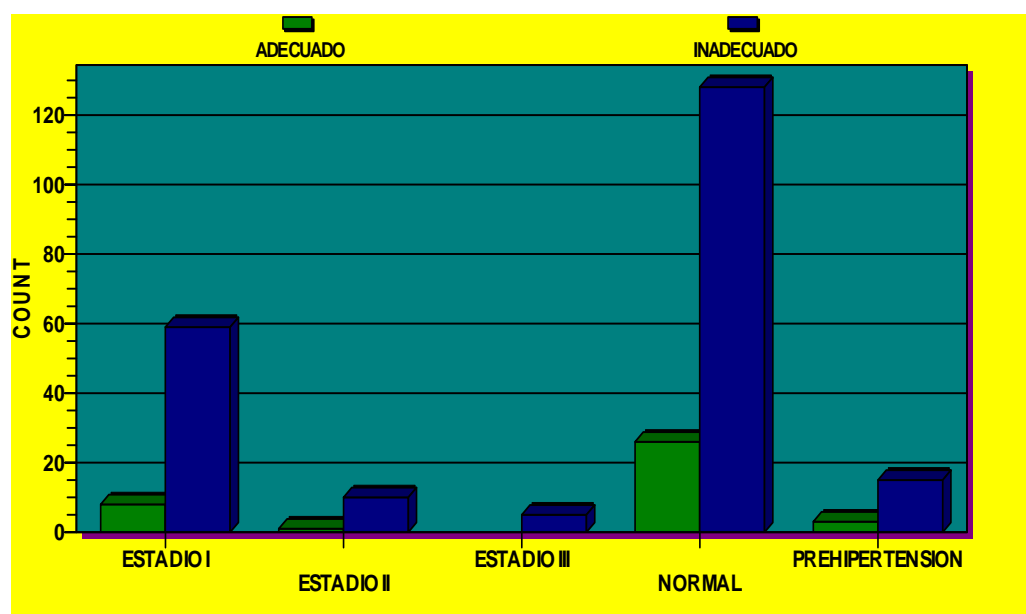
Fuente: Encuesta de variables socio demográficas.

Tabla 2: Ingreso económico mensual de los participantes.

PERCEPCIÓN ECONÓMICA MENSUAL EN PESOS MONEDA NACIONAL.	FRECUENCIA
500-2000	58
2001-3000	112
3001-4000	69
40001- 6000	14
6001-8000	1
8001-10,000	1

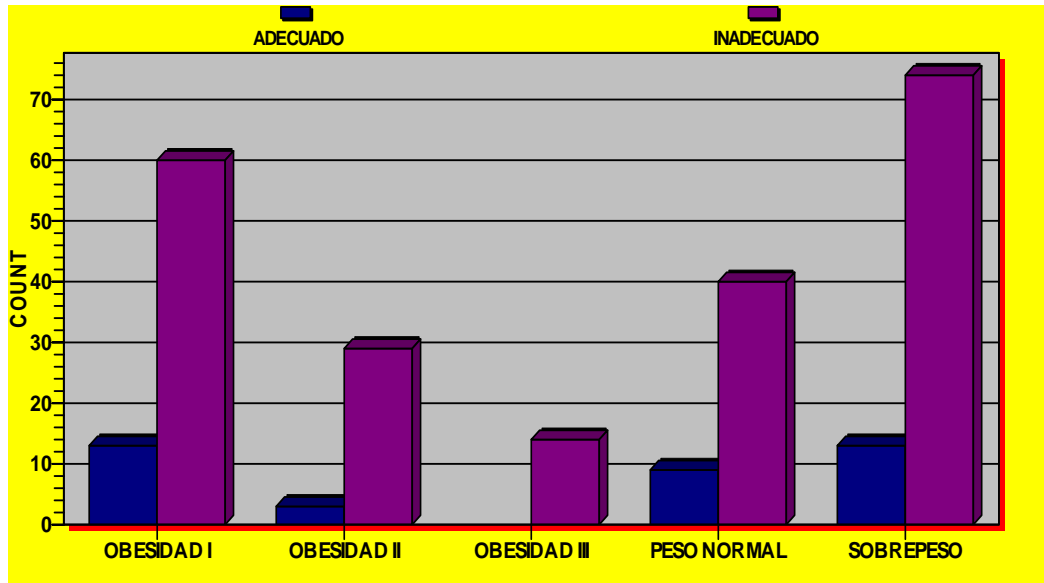
Fuente: Encuesta de variables socio demográficas.

Grafica No.8 Clasificación de Hipertensión en Participantes.



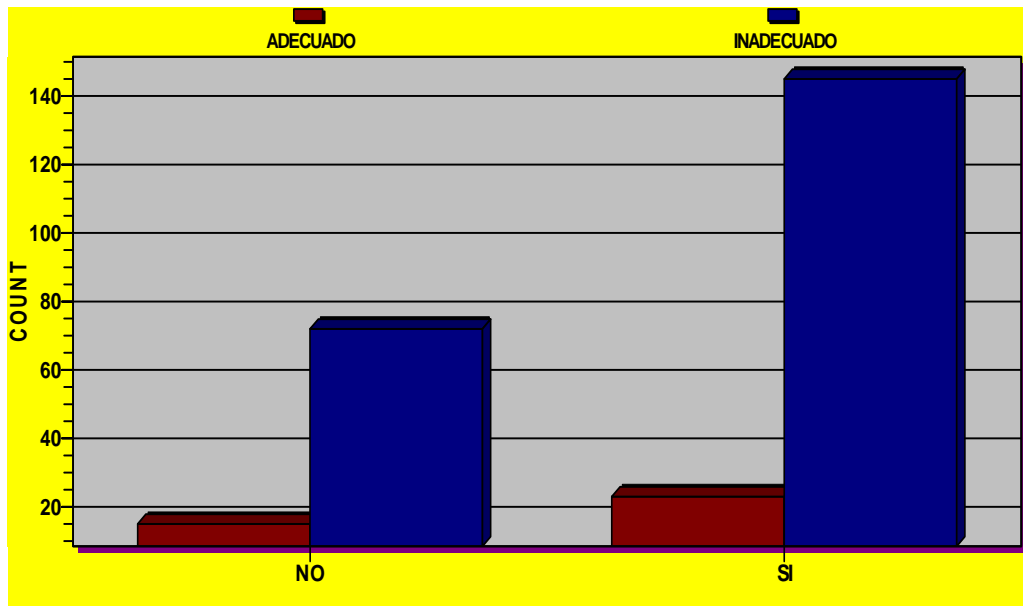
Fuente: Encuesta IMEVID y de variables socio demográficas.

Grafica 9: Clasificación de obesidad por índice de masa corporal asociado con el estilo de vida.



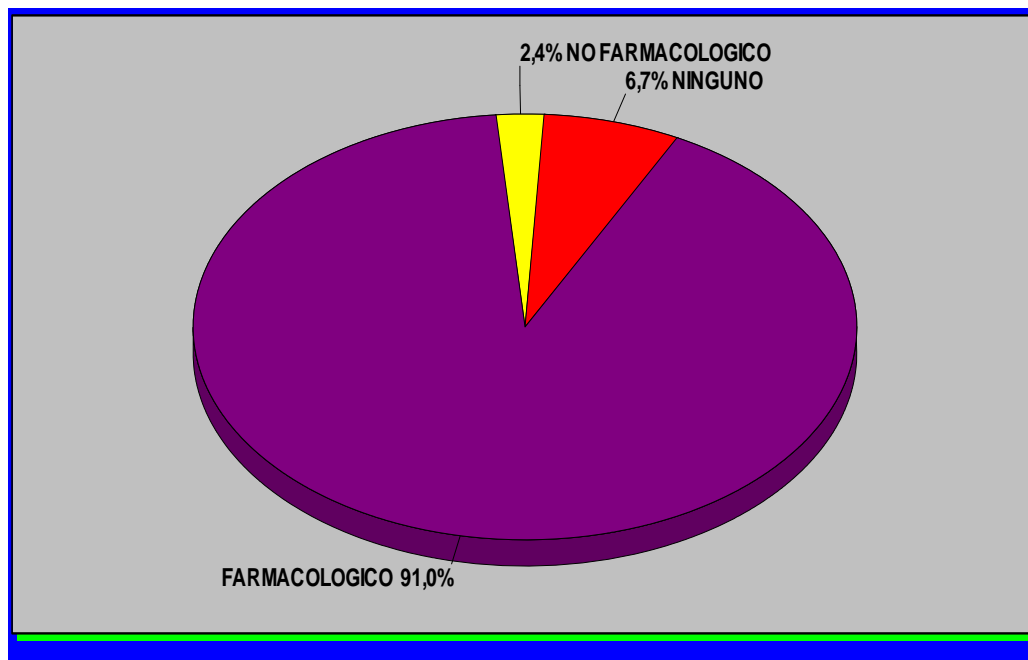
Fuente: Encuesta (medidas antropométricas).

Grafica 10: Clasificación de obesidad por diámetro de cintura asociado con el estilo de vida.



Fuente: Encuesta de variables socio demográficas (medidas antropométricas).

Grafica 11: Tipo de Tratamiento de los Participantes.



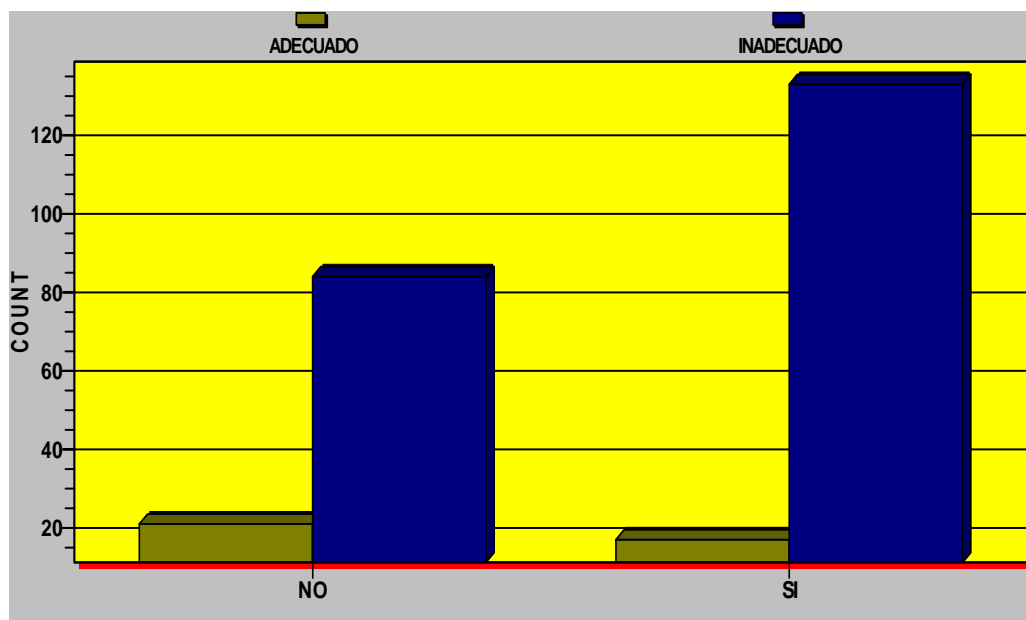
Fuente: Encuesta de antecedentes personales patológicos.

Tabla 3. Metas del tratamiento en pacientes diabéticos comparado con resultados de variables bioquímicas.

METAS DEL TRATAMIENTO	BUENO	REGULAR	MALO
COLESTEROL TOTAL (mg/dl)	<200	200-239	>239
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES	167 <u>65.5%</u>	43 <u>16.7%</u>	45 <u>17.8%</u>
TRIGLICERIDOS (mg/dl)	<150	150-200	>200
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES	163 <u>64%</u>	37 <u>14.4%</u>	55 <u>21.6%</u>
GLUCOSA EN AYUNO (mg/dl)	<110	110-140	>140
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES	45 <u>17.6%</u>	92 <u>36.1%</u>	118 <u>46.3%</u>

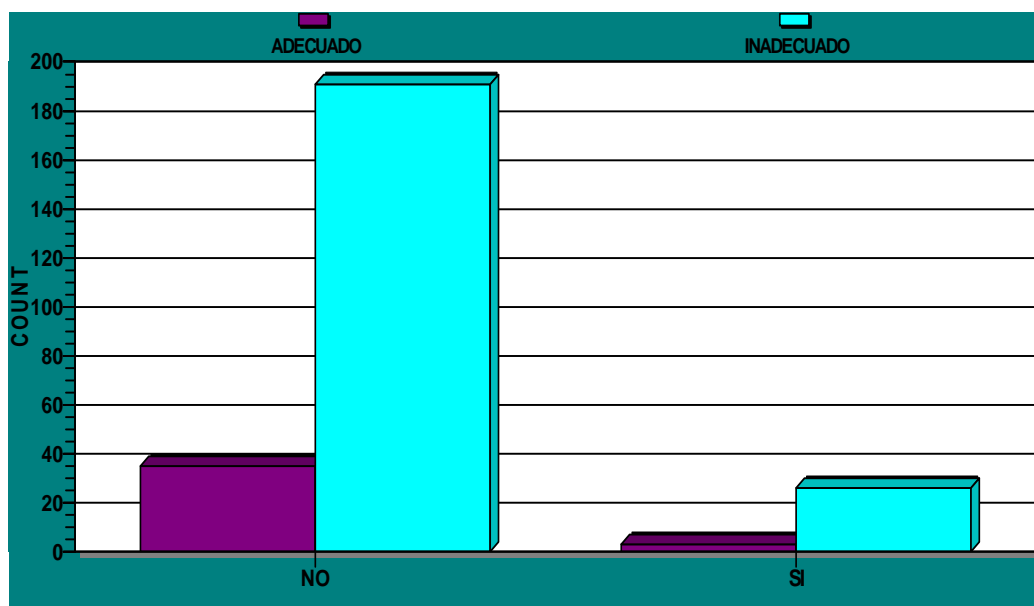
Fuente: Encuesta de variables de medidas antropométricas y bioquímicas.

Grafica 12: Antecedentes de hipertensión asociado con estilo de vida en diabéticos tipo 2.



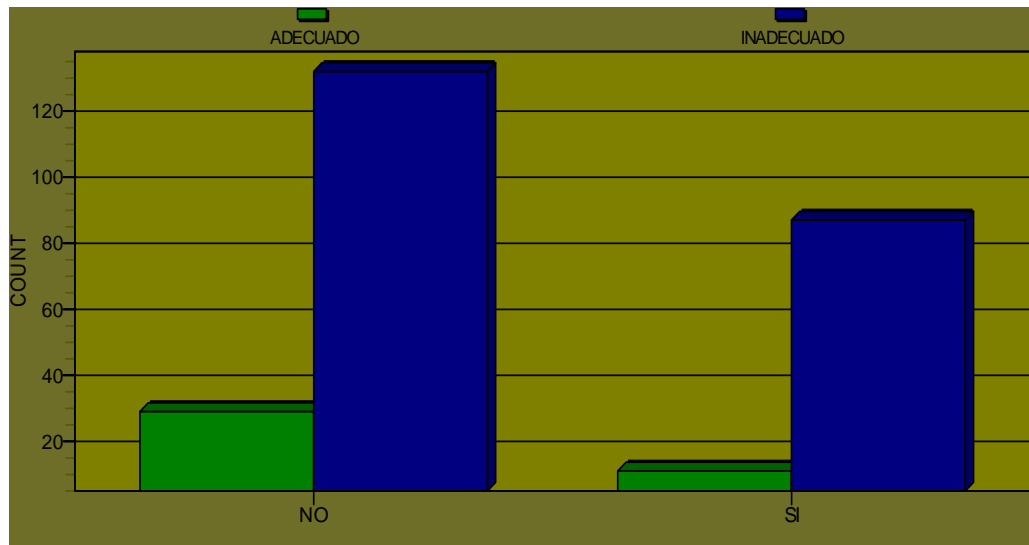
.Fuente: Encuesta de variables de antecedentes personales patológicos.

Grafica 13: Antecedentes de cardiopatías asociado con el estilo de vida de los diabéticos tipo 2.



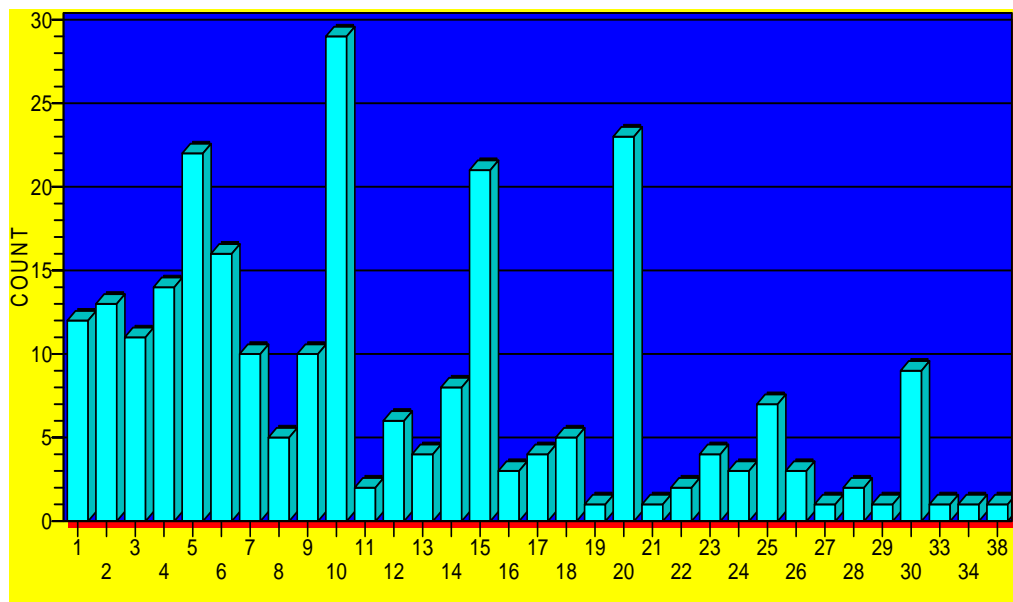
Fuente: Encuesta de antecedentes personales patológicos.

Grafica 14: Antecedentes de dislipidemia asociado con el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo2.



Fuente: Encuesta de antecedentes personales patológicos.

Grafica 15: Años de evolución de la diabetes tipo 2 en los participantes.



Fuente: Encuesta de antecedentes personales patológicos.

DISCUSION

De la población estudiada encontramos un inadecuado estilo de vida con un 85.1%. Lo mismo fue encontrado en un estudio realizado en el estado de México en el 2007 con un inadecuado estilo de vida con un 73.33%, por Balcázar Nava y cols. Sin embargo en otro estudio realizado en la ciudad de Monterrey Nuevo León en 2008, se encontró un estudio, con un adecuado estilo de vida con un 62.5%, aplicando el mismo instrumento el IMEVID.

Sabemos que el entorno juega un papel muy importante para estos pacientes ya que si estamos hablando del concepto según la OMS de “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 del individuo”.

Con lo anterior se pudiera pensar que los estados del norte tenemos estilo de vida influenciados por Norteamérica con una vida más sedentaria y malos hábitos alimenticios, sin embargo en el estado de México también afectado desde luego por el estilo de vida tan acelerado de las grandes urbes como lo es el Distrito Federal, pero en el grupo estudiado en Monterrey se encontró un estilo de vida adecuado, quizá favorecido por las infraestructura de clínica y hospitales con los que se cuenta, con la gran cantidad de ayuda comunitaria por los centros estudiantiles de salud ubicado en esta zona quienes prestan sus servicios educativos, la gran cantidad de parques y plazas con que se cuenta en esta ciudad para realizar el ejercicio, sin embargo el estilo de vida lo escoge cada individuo, según su entorno, lo cual se ve desfavorecida la población por ser una zona suburbana, con pocos centros de

salud, el no contar con un experto en nutrición y trabajo social como un apoyo a este grupo de pacientes.

Aunque no podemos generalizar, observamos, que si tienen un estilo de vida inadecuado, el cual podría estar directamente afectado por su baja escolaridad primaria completa un 42.4%, incompleta de de 18%, analfabetismo de 12.5%, lo mismo fue mencionado por Fuentes Facudo y cols. en el 2004 en el estado de Coahuila con una educación primaria de 41%"; además por su ocupación de ama de casa 54.5% y empleados en su mayoría lo que se ve claramente reflejado en su ingreso económico el cual es muy por debajo de sus cubrir sus necesidades básicas y no hablar de cuidados de tercer nivel. En 2003 De los Rios castillo encontró en su mayoría eran mujeres, amas de casa y con bajo nivel educativo y alto índice de analfabetismo en su grupo de Diabéticos estudiados.

El género es una característica socio demográfica relevante, esto por la falta de igualdad social. Se sabe que las mujeres son un grupo muy vulnerable socialmente, económicamente y en la salud. El sexo femenino no tiene las mismas oportunidades de empleo, ya que tradicionalmente la gran responsabilidad de sus familias recae sobre de ellas, impidiendo un buen auto cuidado. Sin embargo son las que mayormente buscan la atención médica y buscan llevar a cabo el tratamiento que su médico les indica. Además están propensas a enfermedades como obesidad, depresión por depleción hormonal, y por falta de distracciones al estar siempre atendiendo a los demás miembros de la familiar y ser casi siempre el principal cuidador de hijos, esposo y padres. Por otro lado el sexo masculino es el propenso a un mal estilo de vida porque

son la principal fuente de ingreso económico de su familia y por lo general tienen pocas horas de tiempo libre para la práctica del ejercicio; además son los que principalmente tienen toxicomanías como alcoholismo y tabaquismo.

La ocupación de los participantes es una variable muy importante por sus implicaciones sociales y la repercusión en la salud. La gran mayoría fueron mujeres ama de casa, quienes tienen un gran trabajo, con muchas horas de ocupación sin percibir un salario adecuado que les permita tener una mejor calidad de vida seguido de empleados y obreros quienes la mayoría tienen que cumplir un horario extenuante de trabajo hacer comidas rápidas fuera de su domicilio, jornada laboral mayor a ocho horas con altos índices de estrés que les condiciona fatiga para practicar ejercicio, así como una gran cantidad de jubilados y pensionados, que muy seguramente por su condición dejan de ser más activos con la idea de que son viejos y ya no pueden realizar actividades físicas. La gran mayoría de ellos no tiene un empleo profesional, lo cual es un estatus muy bajo, y por consiguiente menos oportunidades de calidad de vida a su disposición y por ende una probabilidad alta para un estilo de vida inadecuado.

La edad es una variable muy importante ya que estamos hablando de una enfermedad crónica degenerativa con un predominio por arriba de los cuarenta años que alcanza su máximo entre los 60 y 70 años, no obstante se observa que aun así los casos de diabéticos se presentaron desde población de 25 años, lo que nos hace reflexionar que la diabetes tipo 2 que antes se creía enfermedad de ancianos o adultos en plenitud se está presentando cada vez más en poblaciones de jóvenes. Fuentes Facundo encontró en su estudio

pacientes que su edad promedio era alrededor de los 32 años en la ciudad de Monterrey en el 2004.

La obesidad y sus índices de dislipidemia por el tipo de alimentación y la falta de práctica de la actividad física quizás tenga que ver con falta de infraestructura e inseguridad de la misma Ciudad en la habitan, comprometiéndolos así a otras enfermedades asociadas. En un estudio realizado en el 2006 por Quirantes Hernández se encontró una comorbilidad de Hipertensión arterial de 35.2%, sobrepeso de 31.1, cardiopatías con un 23.7% muy similar a lo encontrado en nuestros resultados.

Sin embargo el concepto dice que también son patrones individuales de conducta lo que también nos hace pensar que aunque algunas personas estén rodeadas de todas las herramientas como lugares públicos para realizar ejercicio, gimnasios municipales, o privados a los cuales ellos tenga acceso económico, o hasta una habitación con los aparatos adecuado en su domicilio con entrenador privado; aunado a esto un especialista en nutrición, un grupo de autoayuda para tratamiento de obesidad, extensa variedad de alimentos saludables a su disposición; lo que tendría un elevado costo comparado con para sus ingresos percibidos, esto no garantizaría que ellos adoptaran el mejor estilo de vida, pero se acercaría a la meta de lograrlo. Sin embargo la infraestructura que los rodea no deberá ser nunca un pretexto para iniciar con cambios en hábitos alimenticios que en su nivel se pueden realizar, así como la práctica de ejercicio que con solo caminar, o bailar en su domicilio con 30 minutos cinco veces por semana se pueden llegar a la pérdida de peso, reduciendo su índice de masa corporal, su diámetro de cintura y por ende se disminuirá la

resistencia a la insulina y bajaran los niveles de glucosa; así como de colesterol y triglicéridos, llevando al paciente a un mejor control metabólico que es el objetivo del tratamiento del paciente Diabético tipo 2.

El propósito de este estudio fue medir el estilo de vida en pacientes diabéticos tipo 2 de una unidad de Medicina Familiar suburbana y se encontró una gran asociación con Hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad grado I predominantemente, dislipidemias, se descubrió que la gran mayoría de los pacientes están solo inmiscuidos solamente en el habito de tomar pastillas o aplicarse sus insulinas y no en la modificación de los hábitos alimenticios, de ejercicio y libre de toxicomanías como son el tabaquismo y el etilismo.

CONCLUSION

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades más importantes y continua siendo un problema de salud pública en el mundo. Y las principales causas que la producen son genéticas, pero una gran parte de esto es responsable el estilo de vida.

En el presente estudio se concluye que el estilo de vida que prevaleció fue el inadecuado con un 85.1%. Lo cual nos hace reflexionar en las múltiples complicaciones para los pacientes.

Sería de suma importancia realizar estudio de 2 grupos de Diabéticos tipo 2, en control y en uno de ellos incidir en educación diabetológica, integrarlos a grupos de ayuda, ejercicio, control estrecho con Nutrición y Psicología y valorar el control metabólico de ambos grupos según parámetros de control de diabéticos y volver a medir el estilo de vida.

La Diabetes tipo 2 es una de las enfermedades que ocupa los primeros lugares de demanda de consulta de Medicina Familiar, así como otras especialidades; También múltiples y prolongadas estancias Hospitalarias, por lo cual tratarla, le cuesta al país gran parte del presupuesto destinado a la salud.

Una de nuestras propuestas sería enfocarse más a educar, e introducir de una manera más forzada a modificar su estilo de vida Inadecuado, por uno más saludable, en todos aquellos pacientes a quienes se les detecte algún factor de riesgo para desarrollar Diabetes, o en quienes ya tiene la enfermedad llegar a metas de control metabólico y retrasar así la aparición de la enfermedad y en los enfermos evitar así complicaciones devastadoras.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ruiz Ramos M; Escolar Pujolar A; Mayoral Sánchez E; Corral San Laureano F; Fernández Fernández I; La Diabetes Mellitus en España: Mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Hosp. Univ. Puerta del Mar Cádiz España. Gac.Sant.2006; 20(supl1) 15-24.
- 2.-Elizondo Armendáriz J.J; Guillen Grima F; Anguinaga Ontoso I; Prevalencia y Actividad Física y su Relación con variables Socio demográficas y estilos de vida en la Población de 18 a 65 años de edad de Pamplona. Rev. Española de Salud pública Vol. 79.No 5 Madrid Sep-Oct 2005
- 3.-Vidal Tamayo Ramírez; Prevención de la Diabetes Mellitus tipo2. Rev. Fundación Clínica Médica Sur. Mex. D.F. Vol. 19 num. 3 Jul-Sep 2002.
- 4.-Guía Practica Clínica para el Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención; México; Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009.
- 5.- Quirantes Hernández A; López Granja L; Curbelo Serrano V; Montano Luna J.A; Machado Leyva P; Quirantes Moreno A. La calidad de la vida del paciente Diabético. Rep. Cubana Med. Gen. Integral 2000; 16 (1): 50-6.
- 6.- Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de Vida; su influencia el proceso salud y enfermedad. Rev. Cubana Estomatología Vol. 41 No 3. La Habana Cuba Sep- Dic 2004 ISSN 0034-7507.
- 7.- Martínez Bermúdez M; Rodríguez Moctezuma J.R; Araiza Andarca C.R; López Carmona J.M. Estilo de Vida y Control metabólico en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2: Validación por constructo del IMEVID. Publicación Oficial d la Sociedad Española de la Familia Y Comunitaria, ISSN 0212-6567. Vol. n33 No.1 2004. pag. 20-27
- 8.-G. Caleb A; Niraj L.S; M. Moloney R;Randall Stafoord B.A. Tendencias Nacionales en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 1994-2007. Arch Intern Med. 2008; 168(19):2063.
- 9.- Hadryell Zorola O. Estilos de Vida en paciente Diabéticos. Revista de la facultad de Medicina de Salud Pública Y Nutrición. Universidad Autónoma de N.L. Edición Especial No. 9-2006.
- 10.-Salinas J; Bello S.M; Flores S. A; Carbullanca L.L. Torres G.M. Actividad física Integral con Adultos y Adultos mayores en Chile: Resultados de un programa piloto. Rev. Chilena de Nutrición Vol. 32 No3 Dic 2005.
- 11.-Jonker J.T; De Laet Ch; Franco O.H; Peeters A; Mackenbach J; Nusselder W.J. Actividad física y Esperanza de Vida con y sin Diabetes:

Análisis de la Tabla de Vida del corazón de Framingham. Diabetes Care. Vol 29 Number 1 January 2006: 38-43.

12.-Jacoby E; Bull F; Neiman A. Cambios Acelerados del Estilo de Vida Obligan a Fomentar la actividad Física como prioridad en la región de las Américas. Rev. Panamericana de Salud Pública. 14(4) 2003: 223-225.

13.-Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Secretaría de Salud. 2006.

14.-Bustos Saldaña R; Barajas Martínez A; López Hernández G; Sánchez Novoa E; Palomera Palacios R; Islas García. Conocimientos sobre Diabetes Mellitus en pacientes Diabéticos Tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar. Volumen 9 (3) julio-septiembre 2007.

15.-Salama Benarroch I; Sánchez G.A. Factores de Riesgo Y complicaciones Crónicas en el Diagnóstico Reciente de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Cubana Endocrinología 2001; 12(2):76-81.

16.- Corona Meléndez J.C; Bryan Marrugado M; Gómez Torres Y.A. Relación entre estilo de vida y Control Glicémico en Pacientes con DM2. Revista Electrónica Ministerios de Salud. 2008. Pag. 1-6.

17.-Bosch X; Alfonso F; Bermejo J. Diabetes Y Enfermedad Cardiovascular una Mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. Rev. Española de Cardiología 2002; 55: 525-527. ISSN 1579-2242.

18.- Cabrera de León A; Del Castillo Rodríguez J.C; Domínguez Coello S; Rodríguez Pérez M; Brito Díaz B; Borges Álamo C. et al. Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con Diabetes Tipo 2. Rev. Esp. de Salud Pública versión impresa ISSN 1135-5727. Vol. 83 No. 4 Madrid Jul-Ago. 2009.

19.-Ferrer Arrocha M. Estilos de vida insanos: señal aterosclerótica temprana en adolescentes de la secundaria básica "Guido Fuentes". Centro de Investigaciones y referencia de Aterosclerosis de la Habana (CIRAH). La Habana Cuba.

20.-Cárdenas Ibarra L; Villareal Pérez J.Z; Rocha Romero F; Lavallo González F; Silva Luna D, E; Montes Villareal J. Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial en Adultos de nivel económico bajo de Monterrey Nuevo León. México. Med. Univ. Vol. 9 No. 35 Abr- Jun 2007; 9(35)69-67.

21.- González García J.A. Programa de atención integral para una vida sana aplicado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. PRATIVSA-DM. Rev. Fac.

Med. UNAM. Vol. 52 N° .4 Julio-Agosto, 2009. Pag. 150-154.

22.-Contreras F; Barreto N; Jiménez S, Terán L; Castillo A; García Ospino N; Rivera M; Velasco M. Complicaciones Macrovasculares en Diabetes Tipo 2 Asociación con Factores de Riesgo. ISSN 0798-0264. A Venezolanos Farm. Terapy. v.19 n.2 Caracas jul. 2000.

23.- Kazue Yakamota; Toshiro Tango; Eficacia de la educación sobre el estilo de vida para la prevención de la Diabetes tipo 2. Nacional Inst. Of Public Helath.Saitama Japón. Diabetes Care.28: 2780-2686, 2008.

24.- Balcázar Nava P; Gurrola Peña G. M; Bonilla Muñoz M.P; Colín Garatachía H.G; Esquivel Santoveña E. E. Estilo de vida en personas adultas con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista científica electrónica de psicología ICSa-UAEH N° 6. 19 de Enero del 2009. Pag. 147-158.

25.-Lopez Carmona J.M; Araiza Andarca C.R. Rodríguez Moctezuma J.R; Munguía Miranda C. Construcción y Validación inicial de un instrumento para medir el estilo de Vida en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. de Salud Pub. de Mex. Vol. 45; No4.Jul-Ago 2003.

26.-Rodríguez Moctezuma R; López Carmona M; Munguía Miranda C; Hernández Santiago J.L; Martínez Bermúdez M. Validez y Consistencia de Instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en Diabéticos. Rev. Médica IMSS 2003; 41(32):211-220.

27. - Macedo de la Concha L; Nava Hernández R; Valdez Sánchez B. El Estilo de vida, factor de Riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo .Rev. Latinoamericana de la Salud en el trabajo. Vol. 1 No 2; may-Ago 2001: 93:95

28.-Macedo de la Concha L; Nava Hernández R; Valdez Sánchez B. Auto evaluación de los profesionales de la salud en el trabajo sobre su estilo de vida: estudio piloto (tercera parte). Rev. Latinoamericana de la Salud en el trabajo Vol.4 No.1; Ene-abr. 2004: 9-12.

29.-Mejía Rodríguez O; Martínez Jiménez S; Roa Sánchez V; Ruiz García J; Ruiz Pérez Ch. J; Pastrana Huanaco E. Impacto de una estrategia educativa participativa: El estilos de vida de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. ETHOS Educativo 42 Mayo-Agosto 2008. Pag. 187- 197.

30.-Vargas Ibáñez A; González Pedraza A; Aguilar Palafox MI; Moreno Castillo MI. Estudio Comparativo del Impacto de una estrategia Educativa sobre el nivel de conocimientos y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Fac. Med. UNAM Vol.53 2 Marzo-Abril, 2010. Pag. 60-68.

- 31.- Amador Díaz M. B; Márquez Celedonio F.G; Sabido Siglher A.S. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Archivos en medicina familiar 2007. Vol. 9 (2) 99-45.
- 32.-De Los Ríos Castillo J. L; Sánchez Sosa J.J; Barrios Santiago P; Guerrero Sustaita V. Calidad de Vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Med. IMSS 2004; 42(2): 109- 116.
- 33.-Lopez Portillo A; Bautista Vidal R.C; Rosales Velázquez O.F; Galicia Herrera L; Rivera Escamilla J.S. Control Clínico posterior a sesiones Grupales en Pacientes con Diabetes e Hipertensión. Rev Med. IMSS. 2007;45(1);29-36.
- 34.- Fuentes Facundo L.A; Lara Loya M; Rangel Vega G. Estilo de Vida no Saludables en Pacientes menores de 39 años con Diabetes Tipo 2.Rev de Enfermería IMSS 2004; 12(2): 79-82.
- 35.- Lifshitz G. A. El papel del paciente en la atención de las enfermedades. Medicina Interna de México. Vol. 26 N° 1 Enero-Febrero 2010.
36. Coelho R; Morín A; Prata J. Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida de Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Psychosomatics 2003; 44: 312-318.
- 37.-Socarras Suarez M.M; Bolet Astrivizsa M; Licea Piug M; Diabetes Mellitus: Tratamiento Dietético. Rev. Cubana Investigación Biomédica Vol. 21 No.2 Cd. Habana. Abr- Jun 2002.
- 38.-Rivera Cisneros A.E; Flores Aranda B; Gutiérrez González R. V; Mendiola Anda C; Sánchez González J.M. La caminata: el nivel de actividad física y Prevención de la Diabetes Mellitus Tipos 2. Diabetes Hoy Med. Sal. 2005; 6(1) : 1352-1355.
- 39.- Martín E; Querol M.T; Larsson C; Renovell M; Leal C. Evaluación psicológica de pacientes con Diabetes Mellitus. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Av. Diabetología. 2007 23(2): 88-93.
- 40.- Guía Práctica Clínica para el Diagnostico, Tratamiento y Prevención de Sobrepeso y Obesidad en el Adulto. México; Secretaría de Salud; 2008.

ANEXOS

1. CUESTIONARIO DE:

- FICHA DE IDENTIFICACION.
- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.
- DATOS ANTOPOMETRICOS (peso, talla, IMC, circunferencia de cintura y de cadera, cifras de TA, glicemia en ayunas, colesterol total y triglicéridos).
- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.
- TIPO DE TRATAMIENTO PARA DIABETES TIPO 2.
- AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

2. CUESTIONARIO IMEVID: (Instrumento para Medir el estilo de Vida en Pacientes Diabéticos tipo 2).

3. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para hacer constar la autorización de la participación de los pacientes de la UMF 18 de la Cd. De Valle Hermoso, Tamps. En el estudio de investigación.

CUESTIONARIO

TITULO: **VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS DE LOS DIABETICOS TIPO 2.**
 INVESTIGADOR: **DRA. ABIGAIL PADILLA AVILA.**

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

SEXO: _____ EDAD EN AÑOS CUMPLIDA: _____

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: () A) SEPARADO

B) SOLTERO C) CASADO D) VIUDO E) DIVORCIADO F) UNION LIBRE.

RELIGION: ()

A) CATOLICA B) CRISTIANA C) OTRA D) NINGUNA.

ESCOLARIDAD: A) ANALFABETA B) SABE LEER Y ESCRIBIR

C) PRIMARIA COMPLETA INCOMPLETA D) SECUNDARIA COMPLETA

INCOMPLETA E) PREPARATORIA COMPLETA INCOMPLETA

F) PROFESIONAL COMPLETA INCOMPLETA

INGRESO ECONOMICO MENSUAL: _____ PESOS m/n

DATOS ANTOPOMETRICOS:

PESO EN KG _____ TA: _____ / _____ mmHg.

TALLA _____ CINTURA _____ CADERA _____ IMC: _____

GLUCOSA: _____ COLESTEROL: _____ TRIGLICERIDOS: _____

ANTECEDENTE PERSONALES PATOLOGICOS

A) HIPERTENSION ARTERIAL. B) ENFERMEDADES DEL CORAZON.

C) DISLIPIDEMIAS

D) OTROS: _____

TRATAMIENTO: A) NO FARMACOLOGICO. B) FARMACOLOGICO
 C) NINGUNO

AÑOS DE SER DIABETICO: _____

CUESTIONARIO IMEVID*

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 SURRAYANDO la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas.

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?

4) Todos los días 2) Algunos días 0) Casi nunca de la semana

2. ¿Con qué frecuencia come frutas?

4) Todos los días 2) Algunos días 0) Casi nunca de la semana

3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?

4) 0 a 1 2) 2 0) 3 o más

4. ¿Cuántas tortillas come al día?

4) 0 a 3 2) 4 a 6 0) 7 o más

5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Frecuentemente

6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Casi siempre

7. ¿Come alimentos entre comidas?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Frecuentemente

8. ¿Come alimentos fuera de casa?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Frecuentemente

9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Casi siempre

10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro).

4) 3 o más veces por semana. 2) 1 a 2 veces 0) Casi nunca

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?

4) Casi siempre 2) Algunas veces 0) Casi nunca

12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?

4) Salir de casa 2) Trabajos en casa 0) Ver televisión

13. ¿Fuma?

4) No fumo 2) Algunas veces 0) Fumo a diario

14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

4) Ninguno 2) 1 a 5 0) 6 o más

15. ¿Bebe alcohol?

4) Nunca 2) Rara vez 0) 1 vez o más por semana

16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?

4) Ninguna 2) 1 a 2 0) 3 o más

17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?

4) 4 o más 2) 1 a 3 0) Ninguna

18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?

4) Casi siempre 2) Algunas veces 0) Casi nunca

19. ¿Se enoja con facilidad?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Casi siempre

20. ¿Se siente triste?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Casi siempre

21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Casi siempre

22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?

4) Casi siempre 2) Algunas veces 0) Casi nunca

23. ¿Sigue dieta para diabético?

4) Casi siempre 2) Algunas veces 0) Casi nunca

24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?

4) Casi nunca 2) Algunas veces 0) Frecuentemente

25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?

4) Casi siempre 2) Algunas veces 0) Casi nunca

Total: _____* Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos
Gracias por sus respuestas.

BUEN ESTILO DE VIDA (75-100 PTS)	
INADUCUADO ESTILO DE VIDA (0-74 PTS)	

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar _____ Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
“ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

- Determinar El estilo de vida de los pacientes con Diabetes tipo 2 en la UMF número 18 de Cd. Valle hermoso, Tamaulipas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- Responder cuestionario IMEVID de 25 preguntas, así como mis datos socios demográficos, dejar que midan mis medidas antropométricas y TA.

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 Responsable 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 llevarán 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 en el Instituto.
- El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

DRA ABIGAIL PADILLA AVILA MAT. 11712678

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos:

 Firma

 Firma