



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN I Y II NORTE DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

*“ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS, HIPERTENSOS,
OBESOS Y DISLIPIDÉMICOS AL INICIO Y FINAL DE UNA ACTIVIDAD
EDUCATIVA”*

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:*

*García López Alejandro
Médico residente del curso de
Especialización en Medicina Familiar.
E-mail: dramatus26@yahoo.com.mx
Tel. 58 75 28 58*

TUTOR DE TESIS:
Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefa de Enseñanza e Investigación UMF. No. 94
E-mail: patriciaocampobarrio@yahoo.com

ASESOR DE TESIS:
Dra. Ma. Del Carmen Luna Domínguez
Médico Familiar.
TEL.57 67 25 99 Ext., 250
Email; lumca_@hotmail.com
Matricula: 8433038



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A MI HIJA:

A mi porción de cielo que bajó hasta acá para hacerme el hombre más feliz y realizado del mundo, gracias porque nunca pensé que de tan pequeño cuerpecito emanara tanta fuerza y entusiasmo para sacar adelante a alguien.
TE ADORO HIJA

A MI ESPOSA:

Gracias por tu apoyo incondicional, por contagiarme de su espíritu optimista y por haberme demostrado día a día su amor. Ella conoce mejor que nadie todos los detalles de este largo proceso y ha sido mi compañera y la co-protagonista en esta hermosa aventura te amo. Gracias.

A MIS PADRES ALEJANDRO GR. Y LILIA LA.

Por darme la estabilidad emocional, sentimental; para poder llegar hasta este logro, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin ustedes. GRACIAS. por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA. Serán siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en tu triunfo y el mío.

A MI HERMANA:

Por el apoyo y comprensión que me han brindado a lo largo de estos años. Gracias.

A TODOS MIS AMIGOS PASADOS Y PRESENTES:

Pasados por ayudarme a crecer y madurar como persona y presentes por estar siempre conmigo apoyándome en todas las circunstancias posibles, también son parte de esta alegría, los recuerdo.

A MIS MAESTROS:

Por haber compartido experiencias, conocimientos y por las exigencias porque gracias a eso es que hoy estoy aquí.

Dra. Patricia Ocampo por su apoyo, comprensión y paciencia gracias.

“ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABETICOS, HIPERTENSOS, OBESOS Y DISLIPIDEMICOS AL INICIO Y FINAL DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA”

Ocampo-Barrio¹, Luna Dominguez², García Lopez³

Antecedentes:

El sobrepeso, obesidad, diabetes y la hipertensión son enfermedades crónico degenerativas (ECD) relacionadas en factores genéticos como ambientales, donde el estilo de vida juega un papel fundamental.

La OMS considera al **Estilo de Vida**, como la manera general de vivir basada en la interacción entre condiciones de vida y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales.

El IMSS cuenta con un programa educativo SODHI, Integrado por pacientes con Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e Hipertensión. Donde se propone la modificación de Estilo de **Vida**.

Objetivo: Comparar estilo de vida de los asistentes al grupo SODHI al inicio y final de la estrategia.

Material y métodos: Entre octubre-diciembre del 2008 se realizó un estudio Observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo, con un total de 50 participantes, pertenecientes al grupo SODHI. A los cuales se aplicó el instrumento IMEVID, utilizado para medir el estilo de vida al inicio y al final de la actividad educativa. La prueba estadística utilizada fue Chi cuadrada.

Resultados: Se obtuvo una edad promedio de 50.04 años d.s. \pm 9.50 y rango de 30 -70 (48%). Con una modificación positiva del estilo de vida en un 36%. Las variables de actividad física, adicciones y conocimiento sobre la enfermedad, mostraron una modificación positiva.

Conclusiones: Existió mejoría hacia un estilo de vida saludable posterior a la aplicación de una actividad educativa, las variables de actividad física, toxicomanías y conocimiento de la enfermedad fueron las que mayor modificación tuvieron en forma positiva.

Palabras clave: estilo de vida, enfermedad crónica degenerativa

Ocampo-Barrio¹ Jefa de enseñanza de la UMF No 94

Luna Dominguez² Médico Familiar UMF no 94

García Lopez³ Médico Residente de 3er año de la especialidad de medicina familiar.

ÍNDICE

	Página
□ Resumen.....	1
□ Marco Teórico y Antecedentes científicos.....	2
□ Planteamiento del Problema.....	13
□ Objetivos del Estudio.....	14
□ Metodología.....	15
□ Criterio de selección de la muestra.....	16
□ Descripción y validación del instrumento.....	17
□ Consideraciones-Éticas.....	18
□ Resultados.....	19
□ Análisis de resultados y conclusiones.....	22
□ Sugerencias.....	24
□ Bibliografía.....	25
□ Anexos.....	28

Marco teórico

En el año de 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud como "el completo estado de bienestar físico, mental y social; y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad"; circunscribiendo a la salud como interdependiente de la dimensión, biológica, mental y social.

De tal forma que las acciones que buscan el restablecimiento o mantenimiento de la salud, se enfocaron exclusivamente en la dimensión biológica de la enfermedad. Lo que nos llevo a considerar que los problemas médicos se resolverían de manera simple, con el solo hecho de proporcionar una mayor educación sanitaria a la población.

Desafortunadamente, esto no sucedió, ya que las personas con conocimientos elevados sobre salud, presentan las mismas enfermedades de quienes carecen de estos conocimientos. Este comportamiento hizo patente que el proceso salud enfermedad esta influenciado de manera importante por las otras dimensiones.¹

En este mismo contexto diferentes investigadores han realizado una rigurosa crítica al concepto de "bienestar" utilizado por la OMS para definir a la salud, al considerarlo como subjetivo e ilusorio.²

Estas críticas, obligaron a redefinir el concepto de salud, a partir de una perspectiva holística, que incluyera las dimensiones biológica, psicológica, social, económica, histórica, ecológica y cultural. Definiéndose como "*la máxima capacidad que exhiben las personas en su funcionamiento social; la cual depende del bienestar físico, mental y social*".²

De este concepto de la salud, surge el concepto de estilo de vida (EV), entendido como "*la manera general de vivir y de comportarse en múltiples áreas de la vida: Alimentación, trabajo, ocio, sexualidad, actividad, recreación, descanso, conducción, relaciones interpersonales, etc. de tal manera que nuestra forma de pensar, sentir y actuar, depende de las condiciones de vida y factores socioculturales del entorno cotidiano que nos rodea*".³

Investigaciones epidemiológicas realizadas al respecto, han demostrado que existe una estrecha asociación entre los EV y la salud; de tal manera que los EV se clasifican como "saludables" y "no saludables". Sin embargo admitiendo

la complejidad y variabilidad del ser humano, hasta el momento no ha sido posible precisar un EV ideal para todas las personas. La evidencia científica ha identificado que ciertos EV (sedentarismo, tabaquismo, estrés crónico y desajustes alimenticios, etc.), se encuentran asociados con la génesis de las diferentes enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico, etc.).³

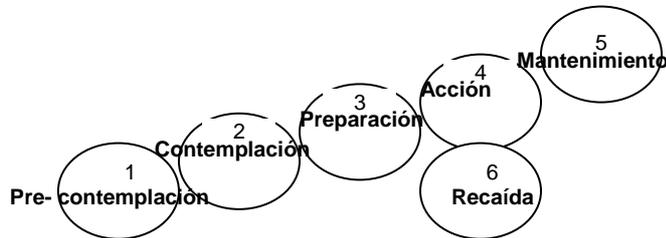
La medicina del siglo XXI, ante la morbilidad y mortalidad registrada en el mundo, se ha visto obligada a invertir una gran parte de sus esfuerzos y recursos, en estrategias que permitan modificar los estilos de vida no saludables (EVNS). Desafortunadamente estas estrategias generalmente se han basado en supuestos mecanicistas, que reducen el cambio a un proceso "simplista". Llegando a considerar ilusoriamente que con el simple hecho de proporcionar información acerca de las consecuencias negativas de cierto estilo de vida, las personas cambiarán de conducta; o peor aún se ha asumido, que el cambio se logrará con la mera prescripción de indicaciones muy precisas. Como era de esperar, los resultados obtenidos solo han logrado cambios pasajeros o una renuencia casi total por parte de las personas por intentar cambiar su estilo de vida.⁴

Se ha demostrado que el éxito de cualquier programa de promoción de la salud, que persiga un cambio, debe tener un sólido sustento teórico sobre el proceso del cambio, ya que entre mejor se entiendan los factores que influyen sobre la conducta, más posibilidades existirán que la intervención logre impactar sobre las conductas deseadas.

El personal de atención a la salud debe tener claro que el cambio no se da por la simple prescripción del mismo, sino que parte de la persona misma. Es ella quien tiene que identificar y decidir que aspectos de su EV son favorables ó no para su salud. Además debe admitir que cambiar un estilo de vida largamente utilizado no es fácil, ya que esto no depende exclusivamente de la persona que desea cambiar su estilo de vida, sino también de los múltiples factores sociales, culturales y económicos que le rodean.⁴

En la actualidad, la teoría que mayor éxito ha reportado en el intento de modificar estilos de vida es el modelo transteorético, su fundamento filosófico

acepta que el cambio es un proceso de aprendizaje, por ende se debe respetar la forma en que de manera natural la persona conoce y maneja su entorno. Este modelo ubica el cambio en una espiral dinámica que implica seis estadios, los que se presentan en el siguiente esquema. ⁵



Estadio precontemplativo.

- a) Características: Es el primer paso del cambio, en esta fase la persona no tiene la intención de cambiar algún aspecto de su conducta y no ha contemplado la posibilidad de adoptar un estilo de vida diferente.
- b) Estrategias de cambio. El personal de salud debe aceptar que la mayoría de las ocasiones la prescripción de “cambio” es deseada solo por él y no por el paciente. Por tanto es importante dar a cada paciente un espacio que le permita auto reflexionar sobre las razones o sentimientos que lo llevan a no contemplar un cambio, así como proporcionar información acerca de los beneficios que el cambio aportaría a su salud.

Estadio de contemplación.

- a) Características. En esta fase la persona ya ha pensado en la posibilidad de modificar en un futuro ciertas conductas en su estilo de vida.
- b) Estrategia de cambio. El personal de salud debe promover la auto evaluación de la conducta en las personas que habían auto reflexionado acerca de la misma. Con esto la persona estaría en posibilidad de emanciparse de los roles sociales que limitan su cambio. En esta fase es recomendable ampliar o profundizar en el tema, haciendo hincapié en las destrezas o habilidades que se requieren para el cambio.

Estadio de preparación

- a) Características. En esta etapa la persona ya se encuentra realizando pequeños cambios. Es un período crítico y por ende requiere de mayor acompañamiento y asesoría, sobre todo durante los primeros 6 meses.

- b) Estrategia de cambio. El personal de salud debe ayudar a sustituir viejas conductas por conductas que promuevan la salud. Debe ayudar a identificar y eliminar barreras que impidan a la persona continuar con los cambios. Es importante también que cuide de que se establezcan metas realistas y se deben reconocer los éxitos y aprender de los fracasos momentáneos.

Estadio de mantenimiento

- a) Características. Inicia a partir de los 6 meses de iniciado el primer cambio, en este momento la persona experimenta los beneficios o inconvenientes producidos por el cambio por lo que es importante continuar acompañándolo o promoviendo que acompañe el cambio de otras personas
- b) Estrategia de cambio. El personal de salud debe incentivar a la persona para que explore nuevas alternativas a favor de adoptar un estilo de vida más favorable.

Estadio de recaída

- a) Características. Esta fase puede ocurrir en cualquier momento del proceso de cambio. Generalmente se produce en etapas de crisis normativas y paranormativas del individuo o su familiar.
- b) Estrategia de cambio. El personal de salud debe identificar el estadio en que la persona se encontraba antes de la recaída y partir de ahí para nuevamente incentivar y promover el cambio.

Joseph Riggio realizó la aplicación práctica del modelo transterorético del cambio en el área empresarial, como resultado de ello propone el método “*coaching*”. Tras el éxito reportado, comenzó a utilizarse en el área de la medicina, donde también resulto ser un excelente recurso, para promover el apego al tratamiento no farmacológico (cambio en el estilo de vida) indicado en diversas enfermedades crónico degenerativas.

El *coaching* es un líder experto en desarrollo humano que ayuda a las personas a:

1. Identificar y definir necesidades, expectativas y metas de vida de manera clara y concreta
2. Organizar y establecer acciones que ayuden en la consecución de las mismas en un plazo específico.

Joseph Riggio, señala que su modelo tiene como beneficio el promover que la persona a reconozca por si misma “cómo es” y “hacia donde quieren ir.” A la vez que promueve en ella: “que todo es posible, si lo intenta.” Agrega que la gran mayoría de las personas actúan en espera de que su anhelo se cumpla por sí solo, de modo que pasan años pensando: “quiero que suceda”, y no ocurre nada simplemente porque su conducta no está alineada a su deseo. Con su modelo el deseo se alinea con la conducta.⁶

América Latina es la región del mundo, que en un corto tiempo ha presentado los más altos índices de urbanización, migración y tecnificación, lo cual ha modificado los estilos de vida que caracterizaron por siglos a esta población. Situación estrechamente ligada con la transformación económica, demográfica, social y cultural de una sociedad.⁷ Aunado a ello, el avance científico y tecnológico logró incrementar la esperanza de vida y abatir la mortalidad a causa de enfermedades infectocontagiosas. Consecuentemente se incremento la población de adultos mayores y con ello las enfermedades crónico degenerativas (ECD).^{8,9}

A partir de los años 50s la prevalencia mundial de las ECD, han presentado un incremento alarmante. Al respecto el informe emitido por la OMS en el año 2000, señala que el 76% de las defunciones ocurridas en el continente americano y 47% de la mortalidad mundial se debieron a ECD.^{10, 11, 12, 13, 14}

Hasta momento los estilos de vida que se han relacionado con la génesis de las diversas ECD son los siguientes: Vida sedentaria, hábitos dietéticos inadecuados, tabaquismo y manejo crónico de estrés.

Sedentarismo. Se define como la disminución ó falta de actividad física realizada durante el desempeño de las actividades cotidianas de la vida diaria. Entendiendo como *actividad física* cualquier movimiento voluntario producido por la contracción músculo esquelético, que tiene como resultado un gasto energético añadido al metabolismo basal.¹⁵ La actividad física: Determina el equilibrio energético, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la tensión arterial, mejora el nivel de colesterol de lipoproteínas de alta densidad, el control de la glucosa y el estado de animo, reduce el riesgo de cáncer de colon y de mama en las mujeres.¹

Actualmente el sedentarismo, es considerado como un factor de riesgo, ya que tiene un impacto negativo sobre la salud. La evidencia científica señala que el

realizar actividad física diariamente por espacio de 30 minutos diarios, reduce la tensión arterial (4-9 mm/Hg).¹⁶

Obesidad. Es una enfermedad crónica, multifactorial, relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos. Desafortunadamente su sintomatología clínica, no esta bien definida lo que hace postergar su diagnóstico.^{14, 17}

La hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, la dislipidemia, la diabetes mellitus, la apnea del sueño, la insuficiencia venosa, el reflujo gastroesofágico y la incontinencia urinaria, entre otras son los problemas de salud relacionados con esta entidad.¹⁴

En México, la obesidad es un problema de salud pública; hasta hace unas décadas era una patología frecuente en los adultos a partir de los 30 años de edad. La prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (28.1%), que en los hombres (18.6%). En contraste, la prevalencia de sobrepeso es discretamente mayor en el sexo masculino (40.9% vs. 36.1%). Desafortunadamente en los últimos años, la población se esta viendo afectada por dichas enfermedades, se dice que uno de cada cinco niños presenta sobrepeso u obesidad.^{18, 19} De la misma manera, se ha comprobado su asociación con otros padecimientos (hipertensión, diabetes y dislipidemias), de tal manera que es un criterio diagnóstico del síndrome metabólico.²⁰

El índice de masa corporal (IMC) es el criterio diagnóstico más importante para la obesidad y el sobrepeso en las personas adultas. En México el punto de corte para establecer el diagnóstico de obesidad se sitúa en un IMC > 27. En población con talla baja (hombres con menor a 1.60mts y mujeres menor a 1.50 mts.) este punto a partir de > a 25.¹⁴ La evidencia científica reporta que la pérdida de 10 Kg. de peso disminuye la tensión arterial de 5 a 20mm/hg.¹⁶

Interpretación	IMC
Peso bajo	< de 18.5
Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	25.0 a 29.9
Obesidad 1º grado	30.0 a 34.9
Obesidad 2º grado	35.0 a 39.9
Obesidad 3º grado	≥ a 40

Dieta rica en grasas saturadas. Es bien conocido que la producción y excreción de las diferentes hormonas y neurotransmisores, está regida por las actividades circadianas de los individuos, este proceso funciona como un reloj biológico encargado de regular el metabolismo. Investigaciones recientes han señalado que las dietas ricas en grasas, afectan negativamente al reloj biológico, de tal manera que pone en riesgo la salud. Si bien es cierto que las grasas son componentes fundamentales de la dieta, es importante que su ingesta sea equilibrada.²¹

Las anomalías más frecuentes son la hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, alteraciones que se presentan con mayor frecuencia entre los pacientes diabéticos y cardiópatas.^{22, 23}

El reporte de diversos estudios realizados en este campo han demostrado que una dieta rica en frutas, vegetales y baja en grasas saturadas induce una disminución de 8-14 mm/Hg.¹⁶

Tabaquismo. Se define como el consumo compulsivo de tabaco, pese al deseo personal de evitarlo a pesar de que saber que ya ha causado daños a la salud. La nicotina por su efecto simpaticomimético produce incremento de la tensión arterial, frecuencia cardiaca y gasto cardiaco.²⁴ Es el factor de riesgo modificable que más muertes produce en el mundo, en nuestro país las estadísticas señalan con claridad un incremento en la prevalencia de fumadores de 9 millones en el año 1988 a casi 14 millones para el año 2002. El tabaquismo se ha relacionado como causa de infarto del miocardio, infarto cerebral, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer de pulmón, bronquios y tráquea.²⁵

La suspensión de esta adicción reporta beneficios a partir de las primeras 24 horas, de tal manera que a los 21 días se mejora la circulación y el funcionamiento pulmonar, a los 60 días el sentido del olfato y el gusto, a los 120 días disminuye la tos y el cansancio, así mismo mejora la respiración. A los 365 días se reduce a la mitad el riesgo de presentar un infarto y a los 5 años el riesgo de infarto se iguala al riesgo presente en los no fumadores.¹⁶

Estrés. Es la respuesta que emite el organismo ante cualquier evento que perturba su equilibrio. El estrés se puede considerar como positivo, ya que permite al organismo responde con prontitud, eficacia y espontaneidad a situaciones externas de emergencia, que genera preocupación y alarma. Cuando está perturbación es prolongada, puede originar el desarrollo de alguna enfermedad.^{12, 26} Ante una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción suprarrenal de catecolaminas y adrenalina, hormonas que inician una reacción en cadena que preparan al organismo para el ataque o la huída, de tal manera que el ritmo cardiaco y la respiración se aceleran, la presión arterial sube, la sangre abandona los estratos superficiales de la piel dirigiéndose hacia los músculos proveyéndoles una mayor cantidad de oxígeno, el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.^{26, 27}

Se dice que una persona presenta estrés agudo, cuando la presencia de estas alteraciones es menor a los 6 meses; se denomina estrés crónico cuando el organismo se mantiene de manera persistente en constante alarma. Lo que puede ser la causa de enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide, migrañas, calvicie, asma, tics nerviosos, dermatitis, impotencia, irregularidades en la menstruación, colitis, diabetes, dolores de espalda, insomnio, agresividad, neurosis de ansiedad, trombosis, etc.^{28, 29}

Es precisamente a través de estos estilos de vida que se explica hoy en día el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativo. En la actualidad estas son responsables del 85% de las muertes ocurridas en el país.

Diabetes Mellitus

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la Diabetes Mellitus en el año 2002 fue la segunda causa de mortalidad, además de haber sido el motivo por el cual se otorgo atención médica en Unidades de Medicina Familiar. En tanto la Hipertensión Arterial, fue la primera causa de la demanda de consulta externa en medicina familiar, su incidencia paso de 104 952 casos en 2001 a 119 647 casos para el 2002.⁽⁹⁾ Con respecto al problema de dislipidemias en México la prevalencia de hipercolesterolemia en población adulta fue de 22.4 % e hipertrigliceridemia de 12 %.³⁰

Ante este panorama el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2004, implementó un programa educativo desarrollado bajo la responsabilidad del equipo interdisciplinario de salud, integrado por un médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo y nutriólogo. El propósito de este programa es promover la modificación de estilos de vida desfavorables en pacientes portadores de diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemias. Este programa tiene una duración de 9 meses, tiempo en que se espera que el paciente haya consolidado algún cambio sobre el estilo de vida. Los criterios establecidos para participar en estos grupos son: ser diabético con glucemia mayor de 140mg-dl, ser hipertenso con TA mayor de 140-90 mm Hg., ser portador de IMC ≥ 29 , presentar colesterol total > 200 y triglicéridos > 180

Esta estrategia se denomina grupo educativo sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión (grupo SODHI); utiliza una metodología educativa predominantemente activa basada en los fundamentos teóricos de la andragogía. Los contenidos educativos que se abordan son: los estilos de vida y su relación con la salud-enfermedad, alimentación saludable, actividad física e historia natural de la enfermedad. Las técnicas didácticas empleadas con la lluvia de ideas y la exposición con preguntas.

El primer mes se programa una sesión semanal con duración de 120 minutos. (Ver carta descriptiva anexa) Durante este tiempo el grupo selecciona un líder moral que será el encargado de coordinar y programar la capacitación durante los 8 meses siguientes. Este líder es capacitado de manera personalizada por el personal de trabajo social sobre el manejo de grupos. Además los integrantes del grupo seleccionan un espacio fuera de la Unidad, sitio donde seguirán reuniéndose de manera quincenal durante los siguientes dos meses y mensualmente a partir del 4 mes. En cada uno de estas sesiones se abordaran los obstáculos o facilidades vividas por cada uno de los participantes en el proceso de cambio en su estilo de vida. Si en algunas de estas reuniones el líder identifica que se requiere el apoyo de más información o la intervención del equipo interdisciplinario, este lo comunica de inmediato a la trabajadora social encargada del seguimiento del grupo. La que realiza las adecuaciones necesarias de acuerdo a las necesidades del grupo. La evaluación de la

estrategia se realiza a través del reporte trimestral de la glucemia en ayunas, las cifras tensionales, el IMC y los niveles de colesterol y triglicéridos, de la estrategia son los parámetros que se evalúan.

Como puede observarse la forma de evaluar esta estrategia, básicamente se sustenta en los impactos registrados, desdeñando las acciones y dificultades ejecutadas por el paciente en el proceso del cambio. Tal vez esto se deba a que no se cuenta con un instrumento confiable que evalúe cada uno de los estadios del cambio.

López-Carmona construyó y validó un instrumento denominado Instrumento de Medición de Estilos de Vida (IMEVID) que permite identificar estilos de vida, específicamente en pacientes diabéticos. Con la pretensión de identificar si los participantes a estos grupos realmente realizan cambios en su estilo de vida, utilizaremos este instrumento en nuestro estudio, debido a que al ser aplicado en múltiples estudios se ha determinado una confiabilidad del 0.91 y validez de 0.95, sus características serán presentadas más adelante en el apartado correspondiente.³¹

Antecedentes científicos

Emily Gestrin en el año 2002, realiza un estudio en dos fases, primeramente identifica los estilos de vida de un grupo de prediabéticos. Sus resultados señalan al sedentarismo como el estilo de vida predominante, lo que se relacionó con el gran porcentaje de participantes obesos. El total de ellos refirió haber recibido la indicación médica de realizar actividad física, sin embargo desconocían que acciones deberían considerar para adoptar nuevas formas de vida. Estos resultados muestran que el personal médico y paramédico recomiendan teóricamente a sus pacientes hacer ejercicios y cambiar la dieta, más estos esfuerzos son vanos si no se consideran las necesidades y sentimientos individuales de cada uno de ellos. En la segunda fase de este estudio se impartió una estrategia educativa acerca de los beneficios que aportan el abandono de estilos de vida desfavorables. Los resultados reportan que 58% de los participantes modificaron su estilo de vida de manera positiva, sin embargo esto no propicio una mejoría en su padecimiento.³²

En un estudio realizado por Roldan acerca de los beneficios de la actividad física, reporta que el sedentarismo es un factor de riesgo fuertemente asociado a la diabetes e hipertensión. Agrega que esta condición hace que el paciente requiera una cantidad mayor de fármacos, en comparación a los pacientes delgados y que realizan algún tipo de actividad física. Así mismo sus resultados demostraron que modificar el estilo de vida en relación a la dieta y ejercicio, reporta como beneficio una disminución del peso corporal junto con una mejor respuesta al tratamiento farmacológico.³³

En la investigación realizada por Mendoza y Peralta, se observó que existió una mejoría directa en el control de las ECD cuando se modificaron los hábitos dietéticos y la actividad física. Estos autores señalan que se observaron beneficios con tan solo 30 minutos de ejercicio al día. Por lo que sugieren establecer programas educativos dirigidos al paciente sobre de los beneficios que aportan los estilos de vida saludables, los riesgos de los estilos nocivos y la concientización sobre la enfermedad y aceptación de la misma.³⁴

Planteamiento de problema

Justificación.

Es incuestionable que la globalización, el avance tecnológico y el progreso económico desigual entre las naciones, ha provocado cambios abruptos en los estilos de vida, sobre todo de las personas que habitan en los llamados países en desarrollo, entre los cuales se ubica México.

Desafortunadamente, la adopción de estilos diferentes ha venido a afectar la salud de los mexicanos de manera negativa, situación que se refleja en el alarmante incremento de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, obesidad, dislipidemias, etc. Así mismo la mortalidad se ha elevado a causa de las complicaciones de estas enfermedades.

Innegablemente la salud o la enfermedad dependen de la manera en que vivimos y nos comportamos en todas las etapas de la vida. Esto involucra los hábitos de alimentación, trabajo, recreación, descanso, relación interpersonal, etc. También es innegable que nuestros estilos de vida están determinados por factores socioculturales, de tal manera que nuestra forma de pensar, sentir y actuar, depende del entorno cotidiano que nos rodea. Ello explica, la derrota que ha experimentado la medicina ante el embate de las enfermedades crónicas, pues a pesar de su avance científico y tecnológico no se ha logrado el control de estas enfermedades y sus complicaciones.

Ante esta realidad el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha modificado sus modelos de atención médica, hacia una medicina más preventiva, que prioriza los aspectos socioculturales que acompañan a la enfermedad. En el año 2004 establece un programa educativo dirigido a los pacientes portadores de diabetes, hipertensión, sobrepeso y dislipidemias, el cual recibe el nombre de grupo SODHI. El cual tiene como objetivo incentivar e informar a estos pacientes sobre los efectos adversos que su actual estilo de vida tienen sobre su salud.

Planteamiento de la pregunta de investigación.

Sin temor a equivocarnos podemos señalar que el mayor reto que enfrentan los profesionales de la medicina de primer contacto es la modificación de los estilos de vida. Por ello resulta importante evaluar el impacto del programa educativo denominado SODHI. Desafortunadamente en la planeación de esta actividad, la evaluación de sus resultados se basaron en el impacto reportado en los niveles de glucosa en ayunas, colesterol y triglicéridos, cifras de tensión arterial e IMC.

Sin embargo la evidencia científica ha reportado que la modificación en los estilos de vida no necesariamente de manera inicial se ve reflejada con los parámetros de control clínico. Por lo tanto surge la siguiente pregunta:

¿Se modifica el estilo de vida de las personas que asisten durante el primer mes a las actividades educativas de los grupos SODHI?

Objetivo General

Comparar el estilo de vida de las personas que asisten al grupo SODHI al inicio y posterior de la aplicación de la actividad educativas.

Objetivos Específicos

1. Determinar el estilo de vida de las personas que asisten al grupo SODHI al inicio del primer mes de actividades educativas
2. Determinar el estilo de vida de las personas que asisten al grupo SODHI al finalizar del primer mes de actividades educativas

Hipótesis

El estilo de vida de las personas que asisten durante el primer mes a las actividades educativas del grupo SODHI se modifica positivamente.

Identificación de variables

Variable dependiente.- Estilo de vida

Variable independiente.- Actividad educativa del grupo SODHI

Variabes de intervención.- Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y tipo de familia.

Diseño del estudio

Observacional, longitudinal, comparativo y prospectivo.

Universo

Personas portadoras de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias y Obesidad.

Población de estudio

Personas portadoras de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias y Obesidad, derechohabientes del IMSS.

Muestra

Personas portadoras de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias y Obesidad, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 94

Determinación del tamaño de la muestra

No se determinó estadísticamente tamaño de muestra, ya que se trabajó con los grupos que se formaron de manera natural.

Tipo de muestreo

Se utilizó muestreo no probabilístico.

Criterios de la selección de la muestra

Inclusión

1. Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 94
2. Participantes de las actividades educativas de los grupos SODHI, durante los meses de agosto a octubre del 2008

3. Con asistencia mínima a 3 de las actividades educativas programadas durante el primer mes
4. Mayores de 18 años
5. Hombres y Mujeres
6. Que sabían leer y escribir
7. Que aceptaron participar en el estudio mediante consentimiento informado
8. Que respondieron de manera completa el instrumento empleado en la investigación al inicio y final del primer mes de la actividad educativa.

No inclusión: No aplican

Procedimiento para integrar la muestra

El investigador responsable acudió con el jefe de trabajo social, para informar los propósitos del estudio y solicitar fechas programadas de inicio de los cursos educativos SODHI durante los meses de agosto a septiembre del 2008.

En las fechas programadas de la primera sesión educativa el investigador de manera grupal expuso a los participantes los propósitos del estudio y solicito su participación voluntaria, de lo cual quedo como evidencia el consentimiento informado.

Procedimiento para recolectar la información

Una vez obtenido el consentimiento de los participantes el investigador procedió a entregar instrumento a cada uno de los participantes, así mismo de manera grupal explica el procedimiento para ser contestado. A claro todas las dudas que existieron durante la aplicación.

De la misma manera se volvió a aplicar este instrumento al final de la 4ª sesión educativa.

Descripción del instrumento

En nuestro estudio utilizamos el instrumento de medición de estilos de vida (IMEVID anexo 2), el cual fue diseñado básicamente para ser aplicado en población diabética. La confiabilidad obtenida mediante alfa de Cronbach fue de 0.91 (intervalo de confianza del 95% del 0.84-0.96) y validez de 0.95

(intervalo de confianza 95% del 0.90-0.98). Su construcción corresponde a una escala tipo Lickert que consta de 25 observaciones cerradas con tres opciones de respuesta (todos los días de la semana=4, algunos días=2 y casi nunca=0), distribuidas en 7 dominios los cuales se muestran en la siguiente tabla y se correlacionan con el número de pregunta.

Dominio	No pregunta	Calificación
Nutrición	1, 2,3,4,5,6,7,8,13	0 a 18 poco saludable 19 a 36 saludable
Actividad física	14,19,20	0 a 6 sedentario 7 a 12 activo
Consumo tabaco	21,22	0 a 4 alto riesgo 5 a 8 riesgo bajo
Consumo de alcohol	23,24	0 a 4 alto riesgo 5 a 8 riesgo bajo
Información sobre la enfermedad	15,25	0 a 4 desinformado 5 a 8 informador
Dominio emociones	9,10,11	0 a 6 desfavorable 7 a 12 favorable
Adherencia terapéutica	12,16,17,18	0 a 8 desfavorable 9 a 16 favorable

Calificación. La puntuación obtenida por este instrumento va de 0 a 100, el punto de corte para estilo de vida no saludable es menor a 50 puntos y mayor de 50 para estilo de vida saludable.

Análisis estadístico

Hi.- El estilo de vida de las personas que asisten a las actividades del grupo SODHI, se modifica positivamente al final del primer mes de actividades.

Ha.- El estilo de vida de las personas que asisten a las actividades del grupo SODHI, no se modifican al final del primer mes de actividades.

Ho.- Los Estilos de Vida de los participantes del grupo educativo SODHI, se modifican negativamente posterior a la intervención educativa del grupo SODHI.

Elección de la prueba estadística.- Considerando que el diseño de nuestro estudio es comparativo entre un mismo grupo con dos mediciones (inicio y final) y que la escala de medición de la variable dependiente es nominal la prueba estadística seleccionada es Chi cuadrada, misma que será utilizada para identificar la influencia de las variables de intervención.

Decisión estadística.- Se rechazó H_0 ya que obtuvo una p obtenida menor a 0.05.

Consideraciones éticas

Para la elaboración de esta investigación se consideraron los aspectos de normatividad de la Ley general de Salud en sus capítulos I, II y III y los Estatutos del IMSS que en material de investigación en salud.⁽³⁵⁾

Juzgamos que esta investigación no implica riesgos para los participantes, ya que únicamente se solicitara información a través de una encuesta y cuyo manejo será confidencial.

Atendiendo a los principios bioéticos la participación de los voluntarios en el estudio estará basada en el proceso de consentimiento informado, donde se le informa en que consiste su participación, los posibles inconvenientes originados de su participación, la confiabilidad del manejo de la información y su derecho sobre retirarse del estudio en el momento que este lo desee. ^{Ver Anexo 4}

Resultados

La muestra se integro por 50 derechohabientes de la UMF No 94 que asistieron a las actividades educativas de los grupos SODHI durante el trimestre en que integramos la muestra. El cuadro I muestra que el mayor porcentaje de participación correspondió al sexo femenino 40(80%) contra solo 10(20%) hombres. Presentaron una edad promedio de 50.04 años (d.s. \pm 9.50 y rango de 30 -70), el 48% se situó en el intervalo de 50 a 59 años. Respecto a la ocupación 27(54%) señalaron desempeñan actividades económicamente productivas y 23(46%) dedicarse a las labores del hogar.

Cuadro I Comportamiento de
Variables de Intervención

Variables	n	%	
Sexo	Masculino	10	20
	Femenino	40	80
Edad	30-39años	9	18
	40-49años	8	16
	50-59años	24	48
	60-69años	9	18
Ocupación	Hogar	23	46
	Empleado	27	54

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF 94 del grupo educativo SODHI
Año 2008

La diabetes mellitus fue padecimiento más frecuentemente referido, tal como lo muestra el cuadro II, el 80% de los participantes presentaron más de una patología.

Cuadro II. Enfermedades

Crónico Degenerarías presentes en los participantes del grupo SODHI

Padecimiento	N	%
Diabetes mellitus tipo 2	30	60
Hipertensión arterial sistémica	20	40
Sobrepeso	20	40
Obesidad	10	20
Dislipidemias	20	40
Patologías combinadas	40	80

Fuente: Encuesta de la UMF.94 del grupo educativo SODHI Año 2008

En el cuadro III podemos observar que las dos variables que influyeron significativamente sobre el estilo de vida fueron la edad y el sexo. De tal manera que el grupo femenino y las personas entre 50 a 59 años refirieron un estilo de vida más saludable.

Cuadro III. Comportamiento de las variables de Intervención y estilos de vida

Variables	Estilo de vida saludable		Estilos de vida no saludable	
	n	%	n	%
Edad ¹				
30-39	3	6	6	12
40-49	1	2	7	14
50-59	6	12	18	36
60-69	2	4	7	14
Sexo ²				
Femenino	12	24	28	56
Masculino	0	0	10	20
Ocupación ³				
Hogar	8	16	15	30
Empleado	4	8	23	46

Fuente: Encuesta aplicada a participantes del grupo educativo SODHI año 2008
Chi cuadrada ¹ (p0.00), ² (p0.00), ³(p0.572)

El cuadro IV presenta el estilo de vida identificado al inicio y al final de las actividades educativas. Como puede observarse existió un cambio numérico positivo hacia el estilo de vida saludable al pasar de 24 a 60%; en tanto que el estilo no saludable disminuyó de 76 a 40%. Estadísticamente se corroboró que los participantes a estas actividades presentan una modificación positiva en su estilo de vida.

Cuadro IV. Modificación del Estilo de Vida de los pacientes del grupo SODHI

Medición *	Estilo de vida saludable*		Estilo de vida no saludable*	
	n	%	n	%
Inicial	12	24	38	76
Final	30	60	20	40

Fuente: Encuesta a derechohabientes de la UMF.94 del grupo educativo SODHI en el Año 2008

*Chi cuadrada p (0.00)

El cuadro V muestra el comportamiento de los indicadores del estilo de vida en la medición inicial y final. Como se puede observar los únicos indicadores que significativamente mostraron diferencias estadísticas fue el ejercicio, las adicciones y el conocimiento sobre la enfermedad.

Cuadro V Relación de la modificación de las variables
Con respecto a aplicación

Indicadores de estilo de vida	Estilo de vida inicial		Estilo de vida final	
	n	%	n	%
▫ Nutrición ¹				
Poco saludable	23	46	10	20
Saludable	27	54	40	80
▫ Ejercicio ²				
Sedentario	32	64	14	28
Activo	18	36	36	72
▫ Tabaquismo ³				
Alto riesgo	31	62	18	36
Bajo riesgo	19	38	32	64
▫ Alcoholismo ⁴				
Alto riesgo	35	70	25	50
Bajo riesgo	15	30	25	50
▫ Conocimiento de La enfermedad ⁵				
Desinformado	38	76	11	22
Informado	12	24	39	78
▫ Emociones ⁶				
Favorables	11	22	23	46
Desfavorables	39	78	27	54
▫ Tratamiento ⁷				
Desfavorable	29	58	20	40
Favorable	21	42	30	60

Fuente: Encuesta a los pacientes del grupo SODHI de la UMF 94 Año 2008
Chi cuadrada: ¹(p0.007), ²(p.000), ³(p0.048), ⁴(p.01), ⁵(p.000), ⁶(p0.57), ⁷(p0.157)

Análisis de resultados

En nuestro estudio se observó una mayor participación de mujeres, hallazgo que puede atribuirse a cuestiones culturales de nuestra población, que de acuerdo con Gil Alfredo y col, son las mujeres las que acuden con mayor frecuencia a solicitar atención médica.³⁶

La edad promedio encontrada se ubica dentro de la etapa del adulto mayor, esto posiblemente es resultado de los criterios de inclusión establecidos para la participación a las actividades educativas de los grupos SODHI. De igual manera esto explica que un elevado porcentaje de ellos continuaran siendo económicamente activos. Un resultado similar fue reportado en una investigación equivalente a la nuestra realizada por Roldan y Peralta.³⁴

Es importante señalar que a pesar de ser la hipertensión arterial sistémica el padecimiento crónico de mayor prevalencia en la Unidad donde se realizó este estudio, no fue el padecimiento que originó una mayor participación en las actividades educativas, tal vez por su carácter silencioso. De tal manera que la diabetes mellitus fue el padecimiento crónico que ocasionó una participación en estas actividades, de acuerdo a Gil Alfredo y col, esto se debe al carácter más sintomático de la diabetes.³⁷

La edad y el sexo fueron las únicas variables de intervención que influyeron significativamente sobre el estilo de vida. Parece ser que las medidas de manejo no farmacológico son más susceptibles de realizar por las personas que tienen mayor disponibilidad de tiempo. De igual manera se identificó que las mujeres tienen un mayor cuidado de su salud, ya que en la medición inicial de estilo de vida ningún hombre presentó estilo de vida saludable.

En cuanto a la modificación del estilo de vida en nuestro estudio se determinó significancia estadística posterior a la actividad educativa, resultado semejante a lo reportado por Gutiérrez G, Camacho J, reportó una modificación hacia un estilo de vida favorable.³⁸

En cuanto al comportamiento de los indicadores del estilo de vida, los únicos que reportaron modificación fue la actividad física, conocimiento sobre la enfermedad y adicciones. Los dos primeros indicadores presentaron un comportamiento similar a lo señalado por Fuentes Facundo el cual lo atribuye a las modificaciones resultantes del proceso educativo.³⁹ Sin embargo llama la atención que al parecer las adicciones también mostraron una modificación positiva, hallazgo que debe tomarse con cautela si consideramos lo difícil que es modificar una adicción únicamente a través de un proceso educativo cognitivo.

Aún cuando el indicador de nutrición no resultó estadísticamente significativo, porcentualmente sí presentó una modificación positiva. Resultado no acorde con lo reportado por Peralta Olvera quien sí identificó una mejoría significativa.⁴⁰

Conclusiones.

1. Las actividades educativas de los grupos SODHI si mostraron modificar positivamente el estilo de vida de los participantes
2. El estilo de vida identificado no saludable fue en un 76% de los participantes al inicio de la actividad educativa
3. Existió una disminución del estilo de vida no saludable al finalizar la actividad educativa en un 47.38 % con respecto al inicio de la actividad educativa
4. La actividad física, conocimiento acerca de la enfermedad y modificación de adicciones fueron los indicadores de estilo de vida que mostraron modificación estadísticamente significativa
5. Las variables sociodemográficas (edad, sexo y ocupación) influyen el estilo de vida saludable.

Sugerencias.

La modificación de un estilo de vida fue positiva en este estudio, se sugiere la aplicación de este mismo instrumento no solo al final de las 4 sesiones sino hasta el término de todo el programa que es a los 9 meses, para evaluar si existe permanecía del cambio de estilo de vida.

Referente a la variable adicciones se recomienda utilizar un instrumento específico para valorar si realmente existió un cambio real.

Bibliografía:

1. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Estadísticas de mortalidad. México DF, 2000.
2. Definición de salud. Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf
3. Obesidad y estilo de vida. Autor no identificado. Disponible en: [http://www. Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida - Monografias_com.htm](http://www.Actualidad y pertinencia del enfoque personológico del estilo de vida - Monografias_com.htm)
4. Enfermedades y estilo de vida: VITAE Academia Biomédica Digital.htm
5. Álvarez C. Teoría transteóretica de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. Disponible en: www.una.ac.cr/mhsalud
6. Mejía R. Coaching, para mejorar la vida y la salud. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/canal>.
7. Ramos F. Contra el estrés, buscar el equilibrio. XI Jornadas Internacionales. Murcia 1998.
8. Educación Médica Continua Copyright 2003. Causas del Estrés. Editorial especializada en el desarrollo de proyectos médicos. Grupo Intersistemas.
9. López R, Villa JC. La transición epidemiológica: los nuevos perfiles de México. Boletín de la división de estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina, UNAM; 1(2):7-20
10. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México DF, 1993.
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Mayo, 2004.
12. World Health Organization. World health report. Geneva: World Health, 2002.
13. Warburton D, Whitney C, Bredin S. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006; 174(6):801-9.

14. Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez Hernández JA, Martínez González MA. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(17):665-72.
15. Ainsworth BE. The Compendium of Physical Activities Tracking Guide. Prevention Research Center. Disponible en:
http://prevention.sph.sc.edu/tools/docs/documents_compendium.pdf
16. Molina DR, Martí CJ. Séptimo Informe del Joint Nacional Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial; 2003: 1-26
17. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.
18. Muzio F. Mondazzi U. Sommariva D. Branchi A. Long-Term Effects of Low-Calorie Diet on the Metabolic Syndrome in Obese Non diabetic Patients, *Diabetes Care* 2005; 28(6):1485-1486.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente
20. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2001.
21. Flegal K. Graubard B. Williamson D. Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA*.2005;293(15):861-866.
22. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. Instituto Nacional de Salud Pública. 2003.
23. Gottau G. Una dieta rica en grasas descontrola el "reloj biológico". Disponible en: <http://www.vitonica.com/2008/08/05-una-dieta-rica-en-grasas-descontrola-el-reloj-biologico>
24. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
25. Nelson J. Diet Manual of Mayo Clinic. Edit. Mosby, 7a. Edición. 1994.
26. Sánchez P. Ezcurra J, Villamar A, Elizagárate E. Dependencia a la nicotina, tratamiento. *Salud Global* 2001. 2:5-7
27. Kuri-Morales P, González R. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública Méx* 2006;48(3):91-98
28. Lazarus RL, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez Roca, Barcelona España; 1986:150-163.

29. Zaldívar F. Conocimiento y dominio del estrés. Editorial Científico Técnica, La Habana Cuba; 1996:38-46
30. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México DF, 2003.
31. García PC, Muños O, Duran L, Vázquez F. La Medicina Familiar en los albores del siglo XXI, IMSS; 2006: 225-245.
32. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. en: <http://www.scielosp.org/pdf>.
33. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine 2002; 346(6): 393-403.
34. Roldán-Suárez T. Cambios en estilo de vida: obesidad, sal e HTA refractaria, Vol. 12 N° 5 _ cardiovascular risk factors.
35. Collazo E I. Consentimiento informado en al práctica medica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Edit. Panamá. España 2002; 71 (6): 319-324.
36. Gil AI, Pérez HC, Duran DR, Cabañas HG. Repercusión de los grupos de autoayuda en pacientes crónicos en 10 unidades de Medicina Familiar del Seguro Social. IMSS Atención Familiar 2008; 15(2)
37. Giles A, Pérez G, Trujillo D, Nava A. Autocontrol y Autoconocimiento del paciente con diabetes tipo 2 de un grupo SODHI y un grupo de la consulta externa. Atención Familiar 2008; 15(2)
38. Gutiérrez E, Gutiérrez T, Yáñez A, Guzmán J, González E. Descontrol glucémico asociado al estilo de vida en pacientes con diabetes mellitas tipo 2. Rev Enferm IMSS 2004;12(2):79-82.
39. Fuentes LA. Estilos de vida no saludables en pacientes con DM2. Rev Enferm IMSS 2004; 12(2): 79-82.
40. Peralta O, Velarde A, Guzmán L. La influencia del grupo de autoayuda de pacientes diabeticos en el control de su enfermedad. Horizonte Sanitario 2007; 6(1):

ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA
DEPENDIENTE						
Estilo de vida	Manera general de vivir y comportarse en las múltiples áreas de la vida.	Comportamiento de vida identificado mediante el cuestionario IMEVID	1. Nutrición 2. Act. física 3. Tabaquismo 4. Alcoholismo 5. Información 6. Emociones. 7. Tratamiento	Cualitativa	Nominal	Saludable (51-100) No saludable (0-50)
INDEPENDIENTE						
Actividades educativas de grupo SODHI	Táctica pedagógica que intenta modificar estilos de vida no saludables en portadores de diabetes, hipertensión, obesidad-sobrepeso y dislipidemias.	Participación en sesiones del grupo SODHI de sobrepeso, obesidad, diabéticos, hipertensos,	Asistencia a 3 de las actividades programadas en el primer mes	Cualitativa	Nominal	Si asistió No asistió
INTERVENCIÓN						
Sexo	Características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer.	El sexo referido por el participante en el estudio	NN	Cualitativa	Nominal	Masculino. Femenino

Edad	Número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento y el momento actual	Años de vida referidos por el paciente en la encuesta	NN	Cuantitativa	Intervalos	18-28 años 29-38 años 39-48 años 49-58 años 59-68 años 69 ó más
Estado civil	Estado de hecho de una pareja respecto a las leyes de unión matrimonial del país.	Tipo de unión a pareja señalada por el paciente en la encuesta	NN	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado
Escolaridad	Grado máximo de estudios realizados en el sistema educativo.	Nivel de formación académica referida por el paciente en la encuesta	NN	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Carrera técnica Preparatoria Profesional Posgrado
Ocupación	Trabajo o actividad en que se emplea el tiempo y que puede ser o no remunerado.	La actividad que el paciente refiere realizar en la encuesta	NN	Cualitativa	Nominal	Hogar Empleado

Anexo 2

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 94

Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con enfermedades crónicas. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos 6 meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas.

Pregunta	Todos los días (4)	Algunos días (2)	Casi Nunca (0)
1. ¿Con qué frecuencia come verduras?			
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?			
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1 (4)	2 (2)	3 ó más (0)
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0-3 (4)	4-6 (2)	7 ó más (0)
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca (4)	Algunas veces (2)	Frecuente mente (0)
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?			
7. ¿Come alimentos entre comidas?			
8. ¿Come alimentos fuera de casa?			
9. ¿Se enoja con facilidad?			
10. ¿Se siente triste?			
11. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?			
12. ¿Olvida tomar sus medicamentos?			
13. ¿Cuándo termina de comer, la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?			
14. ¿Se mantiene ocupado fuera de su actividad habitual de trabajo?	Casi Siempre (4)	Algunas veces (2)	Casi Nunca (0)
15. ¿Trata de obtener información acerca de su enfermedad?			
16. ¿Hace su máximo esfuerzo para mantener controlada su enfermedad?			

17. ¿Sigue una dieta?			
18. ¿Sigue las instrucciones médicas indicadas para su cuidado?			
19. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio (caminar rápido, correr ó algún otro) por semana?	3 ó más veces (4)	1-2 Veces (2)	Casi Nunca (0)
20. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa (4)	Trabajos en casa (2)	Ver televisión (0)
21. ¿Fuma?	No fumo (4)	Algunas veces (2)	A diario (0)
22. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno (4)	De 1-5 (2)	6 ó más (0)
23. ¿Bebe alcohol?	Nunca (4)	Rara vez (2)	1 ó más a la semana (0)
24. ¿Cuántas bebidas toma en cada ocasión?	Ninguna (4)	De 1 – 2 (2)	3 ó más (0)
25. ¿A cuantas pláticas para personas con su enfermedad a asistido?	4 ó más (4)	De 1 – 3 (2)	Ninguna (0)

Señale:

Su **edad**: _____

Su **sexo** Hombre Mujer

Señale su **escolaridad**:

Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Profesional
 Posgrado
 Carrera técnica

Señale su **estado civil**

Soltero
 Casado
 Viudo
 Unión libre
 Divorciado

Señale su **ocupación**:

Hogar
 Empleada
 Obrera
 Estudiante
 Profesionista

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES	2007				2008					2009		
	Ener-Feb.	mar-junio.	juli-agos.	Nov-dic	Ener.-feb	Mar.-jun.	Jul.-agos.	Sep-oct	Nov-dic	Ener.-feb	Mar.-jun.	Jul.-agos.
INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA		PLANEADO	REALIZADO									
ELABORACION DE PROTOCOLO			PLANEADO	REALIZADO								
REGISTRO DE PROTOCOLO				PLANEADO								
RECOPIACION DE DATOS							PLANEADO	REALIZADO				
CAPTURA DE DATOS								PLANEADO	REALIZADO			
ANALISIS DE RESULTADOS								PLANEADO	REALIZADO	PLANEADO	REALIZADO	
REDACCIÓN DEL INFORME									PLANEADO	REALIZADO	PLANEADO	REALIZADO
TRABAJO CONCLUIDO										PLANEADO	REALIZADO	PLANEADO
ENVIÓ A PUBLICACIÓN										PLANEADO	REALIZADO	PLANEADO
PRESENTACION EN JORNADAS												PLANEADO

PLANEADO
REALIZADO

Anexo 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Yo _____ acepto participar de forma voluntaria y conciente en el estudio de investigación con el titulo "*ESTILO DE VIDA DE LOS PACIENTES DIABETICOS, HIPERTENSOS, OBESOS Y DISLIPIDEMICOS AL INICIO Y FINAL DE UNA ACTIVIDAD EDUCATIVA*" cuyo objetivo es: determinar si existen cambios en el estilo de vida de los pacientes que asisten al grupo SODHI. La cual será realizada por el medico residente de medicina familiar Dr. García López Alejandro a quien puede localizar en la UMF 94. Para cualquier aclaración relacionada con este estudio

Reconozco que se me ha proporcionado información completa y precisa sobre mi participación en el estudio, que consistirá en contestar el instrumento para determinar si existen cambios en el estilo de vida. Además se me ha brindado la seguridad de que se protegerá mi privacidad, omitiendo mi nombre cuando se den a conocer los resultados de este estudio de investigación. Me doy por enterado de que los datos obtenidos serán de uso privado para la investigación, y que mantengo el derecho de conocerlos, sin que esto represente un compromiso de seguimiento para el investigador.

Estoy informado que esta investigación implica lo siguiente para mi persona:

Riesgos: ninguno.

Inconvenientes: inversión de 10 min. Para contestar el instrumento.

Beneficios el saber los resultados de manera personal por parte del investigador.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte los beneficios que recibo del instituto. Es mi decisión libre, conciente e informada aceptar participar en dicho estudio de investigación.

FIRMA Y NOMBRE DEL ACEPTANTE

TESTIGO

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR