



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO 2 DEL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

T E S I S

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN: MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DRA. SANDRA REYES LÓPEZ

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

**DRA ANA GLORIA TORO FONTANELL
ASESORA CLÍNICA**

Médico Familiar Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLÓGICO**

Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

MEXICO DF NOVIEMBRE 2013



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.

“EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO DEL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Sandra Reyes López¹, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio². Dr. Eduardo Vilchis Chaparro³. Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

¹ Residente de Medicina Familiar HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

² Coordinador de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

³ Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

⁴ Médico Familiar Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

OBJETIVO: Evaluar el estilo de vida de pacientes Diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALY METODOS: Estudio: Descriptivo, Transversal. Se incluyeron 240 pacientes diabéticos tipo 2 de 18 a 90 años. Se aplicó encuesta IMEVID

RESULTADOS

De los 240 pacientes se encontró favorable estilo de vida en 62 (25.8%), en apego al tratamiento existió un apego poco favorable en 112 (46.7%) y favorable en 110 (45%); En actividad física se encontró desfavorable en 93 (38.8%) y favorable 91 (37.9%) pacientes. Pacientes sin toxicomanías 210 (87.5%), estado de ánimo desfavorable en 131 (54.6%) y favorable 61 pacientes (25%); Dentro de apego al tratamiento se encontró favorable en 204 (85%) y desfavorable apego en 18 (7.5%) pacientes y dentro de conocimiento sobre DM2 171 (71.3%) pacientes tienen un favorable conocimiento.

CONCLUSIONES.

El estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 es poco favorable con 67.5% de la población esto determinado de forma negativa principalmente por un desfavorable estado de ánimo en 54.6% lo que afecta directamente al apego a la dieta, ya que solo 46.7% tiene un apego favorable. Además de que 38.8% cuenta con una actividad física desfavorable. Existen factores positivos ya que se encuentra que el 87.5% de la población está libre de toxicomanías, 71.3% presentan un favorable conocimiento acerca de la Diabetes y finalmente existe una adherencia terapéutica favorable con 85%.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Tipo 2, Estilo de vida, Medicina Familiar, IMEVID.

**“EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA
DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
DEL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

AUTORIZACIONES

Dr. Francisco Javier Padilla del Toro

**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 8 “DR.GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

**PROFESOR TITULAR DE MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

ASESOR METODOLOGICO

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

ASESORA CLINICA

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE

Que es el ser más maravilloso de todo el mundo, por el gran amor que tienes hacia tus hijas, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por que a medida que fui creciendo siempre estuviste a mi lado, por tu útil consejo en los momentos difíciles...

Por todo esto te ofrezco todo mi agradecimiento, mi respeto y mi amor.

INDICE	
MARCO TEORICO.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
HIPÓTESIS.....	16
MATERIALES Y METODOS.....	17
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	18
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
POBLACIÓN Y UNIVERSO	20
UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.....	21
MUESTRA.....	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	23
VARIABLES.....	24
DISEÑO ESTADÍSTICO.....	27
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.....	31
CRONOGRAMA.....	32
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO.....	33
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	63

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La diabetes es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso y obesidad, que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada. Se estima que 80% de los casos son atribuibles al sobrepeso y que, en general, 90% pueden atribuirse a factores de riesgo modificables. En el mundo, la prevalencia de la diabetes se triplicó en 30 años y se estima que en 30 años más, se duplicará nuevamente. En México, en 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó una prevalencia de 14.4%. Un incremento absoluto de 2% (21% en términos relativos), con respecto de la informada 5 años antes. La diabetes es la primera causa de muerte tanto nacional como en el IMSS (20% del total) y se estima que su mortalidad crece 3% cada año. Se estima que consume entre 4.7-6.5% del presupuesto total para la atención de la salud en México. En 2005, se estimó que el costo anual de la diabetes en el IMSS alcanzaba 38,000 millones de pesos. (1)

La Diabetes Mellitus (DM) se define por la American Diabetes Association como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante ante defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica es asociada a daños a largo plazo, disfunción e insuficiencia de varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios y corazón. La Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1) es causada por la deficiencia absoluta de insulina resultantes de la destrucción autoinmune de las células B del páncreas (2)

Es un padecimiento con múltiples factores de riesgo, evolución crónica y compleja y que, consecuentemente, requiere un enfoque estructurado, integral multidisciplinario, enfocado en el paciente y secuencial para su prevención, control, limitación del daño y rehabilitación. Los costos asociados a la diabetes indican que el elemento más caro de la atención son las complicaciones crónicas y sus consecuencias, de esta manera, la inversión que se haga en medidas que prevengan o retrasen la enfermedad y las complicaciones, ofrecerá la posibilidad de que el IMSS contenga costos al disminuir la asignación de recursos en atención paliativa con beneficios marginales mínimos. Se han realizado diversos estudios sobre el control de la diabetes en los pacientes crónicos y se encuentra que una consideración para una futura revisión de la diabetes son las tecnologías de monitoreo además de la realización de meta-análisis de los datos sobre los resultados clave de la salud como la reducción de de complicaciones a largo plazo en los adolescentes insulino-dependientes, las revisiones de HbA1c, presión arterial y los niveles de colesterol, el estilo de vida y cambio (mejora o aumento de ejercicio), el cumplimiento, y la facilidad de uso y para evaluar estos resultados utilizando una solo tipo de tecnología de auto-monitoreo.(3)

Se han establecido diversos esquemas de tratamiento para logra un control pero según las guías internacionales un control adecuado es como lo indica:
ADA: HbA1c < 6.5%, Glucosa preprandial 126 mg/dl Glucosa posprandial 200 mg/dl. (4)

Sin embargo aun con el tratamiento adecuado es constante que el paciente sufra cambios en su vida personal y familiar uno de los cambios principales es el desarrollo de depresión la cual se asocia con una adherencia más pobre y peor salud, sin embargo se ha identificado que las intervenciones psicosociales, sobre todo terapia cognitivo-conductual, los medicamentos antidepressivos, y el cuidado de colaboración familiar son eficaces en el tratamiento de la depresión en pacientes con diabetes. (5).

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad ya que estos trastornos que empiezan en el individuo terminan en muchas ocasiones alterando la funcionalidad y la dinámica familiar de los pacientes.(6)

La investigación sobre las intervenciones psicológicas que tienen como objetivo reducir los problemas emocionales en los pacientes diabéticos son importantes, debido a que los problemas emocionales se asocian con un mayor riesgo de deterioro de la calidad de vida, menos óptimo cuidado personal, complicaciones, incidentes, y la mortalidad. Sin embargo, hasta la fecha son pocos los metodológicamente bien diseñado estudios sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para las personas con diabetes y quejas emocionales. Además, la mayoría de estos estudios se han centrado en la mejora de la auto-gestión en lugar de bienestar emocional. Por otra parte, los pocos estudios aleatorios que han examinado la eficacia de las intervenciones en la reducción de problemas emocionales en las personas con diabetes se han centrado a menudo en la depresión. Se ha descrito que los pacientes con glucosa elevada presentan mayor depresión que sujetos con conteos de glucosa dentro del rango de lo normal. (7)

Es evidente que el valor añadido en el campo de la investigación de la diabetes y los problemas emocionales, como se ha dado un amplio punto de vista, se centra en la angustia emocional (depresión, ansiedad y malestar general). (8).

ESTILO DE VIDA

Según la OMS "Es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"⁽⁹⁾

El estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad. ⁽¹⁰⁾

Con lo anterior se integra al estilo de vida como parte fundamental para la mejora consecuente de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud aborda esta idea de calidad de vida como un concepto multidimensional que incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción, pero que básicamente consiste en la sensación de que puede ser experimentada por las personas, y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien; Es decir, en el término de calidad de vida se destaca más que simples referencias al estado de salud, porque considera evaluaciones globales de las posiciones de vida, de perspectivas de bienestar que trascienden ampliamente los dominios específicos de lo físico y lo psicológico. ⁽¹¹⁾

La mayor parte actividades benéficas a la salud han sido ampliamente divulgados y son conocidos en alguna medida por la población en general. Sin embargo, los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Es así, que la inactividad constituye uno de los grandes factores de riesgo que explican las proporciones epidémicas actuales de las enfermedades no transmisibles (ENT). La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que 76% de todas las defunciones en el continente americano en el año 2000 se debieron a ENT, en proporción semejante a la encontrada en zonas desarrolladas de Europa (86%) y del Pacífico Occidental (75%). Ese mismo año se produjeron solo en América Latina 119 000 defunciones vinculadas con estilos de vida sedentarios. América Latina y el Caribe han llegado a convertirse en la región del mundo en desarrollo que tiene la mayor urbanización, puesto que más de 60% de la población habita en centros urbanos. Este acelerado crecimiento de la población urbana ha avanzado con más rapidez que el desarrollo de la infraestructura social y física, el nivel de empleo, los servicios de salud y la vivienda. En conjunto, estas diversas tendencias han contribuido a la insuficiencia de los sistemas de transporte, al aumento de los embotellamientos de tránsito y de la contaminación ambiental, a un descenso de los niveles de actividad física tanto en el trabajo como en horas libres y a cambios del panorama físico y social en las zonas urbanas. Dentro del estilo de vida una práctica fundamental que

origina un cambio benéfico y definitivo es sin dudas la actividad física regular sin embargo en la mayor parte del mundo se ha hecho muy poco, o no se ha hecho nada, por observar las tendencias de la actividad física en la población hasta el 2002 solamente 31 de los 191 Estados Miembros de la OMS tenían datos sobre actividad física utilizables. Lamentablemente, sin datos que respalden la práctica y las políticas, la inactividad física se seguirá viendo como un asunto de deportes y recreo y no como un problema que menoscaba la salud pública y que hay que combatir mediante la acción concertada de todos los sectores del gobierno y de la sociedad en general. Según datos obtenidos de 24 países en la Región de las Américas, más de la mitad de la población es inactiva, es decir, no observa la recomendación de un mínimo de 30 minutos diarios de actividad moderadamente intensa por lo menos 5 días a la semana. En varios países del continente americano, la proporción de la población cuya salud está en riesgo debido a una vida inactiva se aproxima a 60%. Se trata de una situación particularmente marcada en personas de 60 años de edad o mayores, quienes representan el sector poblacional que más rápido crece actualmente en América Latina y el Caribe, con una tasa de crecimiento que es 3,5 veces mayor que la de la población en general. (12)

Sin embargo la conducta promotora de salud o el estilo de vidas saludable Incluye acciones como la dieta, hábitos saludables y tener responsabilidad en salud; estos estilos de vida son conformados dentro de la sociedad y están influidos por el comportamiento de aquellas personas que nos rodean. El mantener estilos de vida saludables en los diabéticos e hipertensos representa un reto para ya que se ha documentado que tienen dificultades para realizar cambios a los estilos de vida (13)

El riesgo de los diabéticos no solo está relacionado con las ideas erróneas que pueden tener acerca de la enfermedad, sino que existen pacientes que, a pesar de recibir información, no se cuidan, esto se puede describir como una forma de negación, ya que cuando la persona es diagnosticada con el tipo de enfermedad crónica, experimenta sentimientos de enojo, culpabilidad y, en muchos casos, depresión, permitiendo que la enfermedad sea difícilmente aceptada en su inicio. De igual manera, la aceptación varía de acuerdo con diversos factores, entre ellos la edad, el conocimiento y los estilos de vida. Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con DM tipo 1 y para muchas con DM tipo 2, la práctica de los estilos de vida cumplen una función fundamental en su tratamiento, se puede describir que el manejo y progresión de la DM están ligados estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad. Es por ello que se ha establecido para el tratamiento de la DM, la práctica de estilos de vida saludables en la dieta, la actividad física, la vigilancia y la farmacoterapia, incluyendo a la insulino terapia y los hipoglucemiantes orales (14).

Por tanto la comunidad global para el tratamiento efectivo de la diabetes debe tener en cuenta que se requiere un equipo multidisciplinario de profesionales en la salud e investigadores, desde el 2004 alrededor del mundo se han creado organizaciones que faciliten el cuidado educacional de los pacientes creando determinantes mundiales de control (15)

IMEVID

El cambio en el estilo de vida puede modificar un diagnóstico certero por que la mayoría de las veces se relaciona con el consumo de tabaco y alcohol y los malos hábitos alimenticios. En 1997 el Dr. Boyer hace un estudio en el que los dominios que el maneja en el cuestionario para diabetes son: Energía y movilidad, control de diabetes mellitus, ansiedad y preocupación, carga social, funcionamiento sexual, calificación total de calidad de vida y severidad de diabetes. Siendo el estudio previo para la realización del Instrumento para Medir Estilo de Vida en el Paciente Diabético. A mediados de 2002, un grupo de investigadores mexicanos estudió el estilo de vida. Los pocos instrumentos disponibles para medir el estilo de vida son de tipo genérico, es decir, contruidos para aplicarse a población general y no a personas con enfermedades específicas. Dos de los cuestionarios más conocidos de este tipo son el FANTASTIC10 y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP). Estos instrumentos han sido traducidos al idioma español pero su utilización clínica o en investigación ha sido escasa. Se crea entonces IMEVID en 2003 Instrumento que Mide el Estilo de Vida en pacientes Diabéticos constituido por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica pretende cubrir la necesidad de contar con un instrumento específico que permita al personal de salud medir el estilo de vida de los pacientes con DM de una manera rápida, válida y confiable. En forma global cuenta con alfa de Cronbach de 0.81 y una correlación de Spearman t de 0.84.⁽¹⁶⁾

Se ha demostrado que incrementos amplios en la puntuación de estilo de vida obtenida a través del IMEVID o cualquiera de sus dominios, corresponde a pequeños decrementos en glucemia. A pesar de ello, el valor de significancia estadística de la correlación indica existencia de asociación del dominio adherencia terapéutica y, el estilo de vida (IMEVID) con la glucemia.⁽¹⁷⁾

En otros estudios se observa en primer término que el IMEVID permite evaluar el estilo de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2, de una manera rápida y segura y cuya calificación total logra discriminar características relevantes en estos pacientes. Por otra parte, se sugiere que las investigaciones al respecto de la Diabetes mellitus desde la psicología se amplíen incluyendo otras variables de tipo sociodemográfico, variables personales y médicas que puedan ayudar a explicar y a entender el fenómeno y desde estos resultados, permitan sentar las bases de nuevos enfoques para hacer frente de manera exitosa a esta enfermedad médica que en su contexto, involucra en gran medida, a la psicología en su atención.⁽¹⁸⁾

Aunque es fundamental, con poca frecuencia durante la formación de especialistas en medicina familiar se valora la aptitud clínica en el manejo de la familia. La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. La medicina familiar en particular debe procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud.⁽¹⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN:

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad que avanza a pasos agigantados en nuestro país, ésta enfermedad y sus complicaciones consumen en gran parte los recursos económicos de nuestro sistema nacional de salud y su prevención se ha vuelto prioritaria dentro de la consulta de primer nivel.

Es sabido que los pacientes diagnosticados presentan cambios en su estilo de vida desde la alimentación a la actividad física; Aunado a esto, se va presentando depresión, agresividad y desinterés por la vida en algunos casos. Por lo tanto estos cambios emocionales causan repercusiones no solo a nivel personal si no trasciende y va afectado a los miembros sociales más cercanos del paciente: su familia. Sin embargo una vez hecho el diagnostico oportuno de la enfermedad y aún cuando se ha establecido un tratamiento médico específico, continúan las complicaciones de diversas índoles. Por lo tanto debemos preguntarnos ¿Es adecuado el estilo de vida de estos pacientes a pesar de la información y tratamiento oportuno existente? Este estudio se encargara de valorar el estilo de vida de los pacientes diabéticos del HGZ con UMF número 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

OBJETIVOS:

General:

- Evaluar el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF # 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Específicos:

- Conocer el apego a la dieta de pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ con UMF #8
- Analizar la realización de actividad física de pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ con UMF #8
- Identificar la presencia de toxicomanías en pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ con UMF #8
- Valorar el conocimiento sobre diabetes tipo 2 de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ con UMF #8
- Reconocer la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ con UMF #8
- Analizar el estado anímico existente en pacientes diabéticos tipo 2. del HGZ con UMF #8

HIPOTESIS:

Se realiza con fines de enseñanza

Hipótesis alterna

H₁ Los pacientes diabéticos tipo 2 presentan un poco favorable estilo de vida

Hipótesis nula

H₀: Los pacientes diabéticos tipo 2 no presentan un poco favorable estilo de vida

MATERIALES Y METODOS

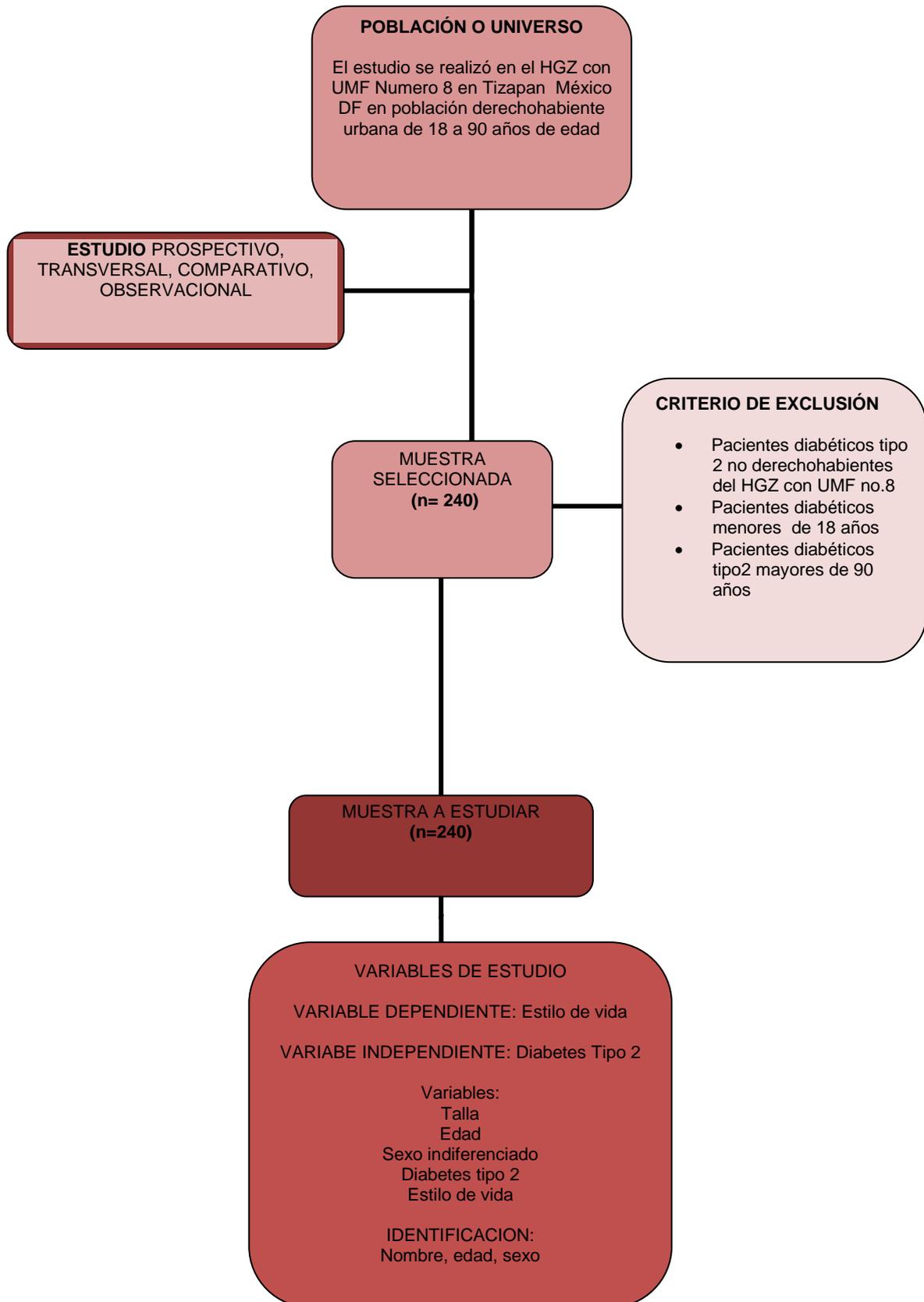
DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se incluyo a pacientes asistentes al servicio de Medicina Interna y Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 durante los meses de Junio de 2011 a diciembre 2012 y que cumplían con los criterios de inclusión. Previo conocimiento informado, se les aplico el cuestionario IMEVID, desarrollado para medir la calidad de vida de los pacientes con diabetes tipo 2. Se obtuvieron cuestionarios de acuerdo a la muestra total de pacientes adscritos a dichos servicios para posteriormente ser analizados estadísticamente mediante el programa SPSS Versión 20.

TIPO DE ESTUDIO

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**
- b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**
- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**
- d) Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**
- e) De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Dra. Sandra Reyes López

POBLACIÓN Ó UNIVERSO:

Se efectuó el estudio en todos los pacientes derechohabientes asistentes al servicio de Medicina Interna y Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, con Diabetes tipo 2, que cumplían los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó el cuestionario IMEVID.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

Se desarrolló en el HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Avenida Rio Magdalena #289 Colonia Tizapan San Ángel, Delegación Álvaro Obregón México Distrito Federal, de Junio del 2011 a Febrero de 2013. Es una población urbana.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió 240 pacientes, con un intervalo de confianza de 99 %, proporción 0.14. Amplitud total del intervalo de confianza. 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza 0.01

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos tipo 2
- Sexo indistinto
- Pacientes de 18 a 90 años
- Pacientes diabéticos afiliados al HGZ con UMF numero 8

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes diabéticos tipo 2 no derechohabientes de IMSS
- Pacientes diabéticos tipo 2 mayores de 90 años
- Pacientes diabéticos menores de 18 años

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes diabéticos tipo 2 que no firmaron consentimiento bajo información
- Pacientes que no concluyeron el cuestionario IMEVID
- Cuestionarios IMEVID ilegibles

VARIABLES:

UNIVERSALES:

Edad
Sexo
Diabetes tipo 2
Estilo de vida

VARIABLE DEPENDIENTE: Estilo de vida

VARIABLE INDEPENDIENTE: Diabetes tipo 2

VARIABLES DEL TEST

Apego a la dieta

Actividad física

Toxicomanías

Conocimiento sobre diabetes tipo 2

Estado de ánimo

Adherencia terapéutica

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Edad: Tiempo que un ser ha vivido en años.

Sexo: Características fenotípicas que determinan el género. Femenino
Masculino.

Diabetes tipo 2: Enfermedad crónica degenerativa que se caracteriza por hiperglucemia.

Estilo de vida: "Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" .(OMS)

Toxicomanías: Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga, con las siguientes características: Deseo o compulsión a seguir consumiendo la droga (dependencia psíquica) Tendencia a aumentar la dosis (fenómeno de tolerancia) Dependencia por lo general física: estado fisiológico modificado, el estado de pura dependencia psíquica ha sido sobrepasado realizándose una modificación fisiopatológica a nivel de la misma célula nerviosa, ocasionada por la repetida administración de un producto a lo largo de un lapso más o menos extenso. Este estado hace necesario el uso prologando de la sustancia si se desea evitar el característico síndrome de abstinencia, distinto desde el punto de vista clínico según el tipo de droga.

Adherencia terapéutica: La adherencia o también llamado cumplimiento al tratamiento según la OMS es la magnitud con el que el paciente sigue las instrucciones médicas. Otra definición es el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las prescripciones del médico.

Estado de ánimo: Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo. Se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos específico de una situación concreta. El estado de ánimo sufre oscilaciones a lo largo del tiempo.

Dieta: Es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego *diáita*, que significa "modo de vida". La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir.

Actividad física: Se entiende como actividad física a cualquier actividad que produzca un desgaste energético más elevado que estado de reposo o metabolismo basal.

DEFINICION OPERTIVA DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma
Edad:	Cuantitativa	Continua	1. -40 años 2. 40 a 59 años 3. + de 60 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estilo de vida	Cualitativas	Ordinal	1 Favorable 2 Poco favorable 3 Desfavorable
Toxicomanías	Cualitativas	Ordinal	1. Favorable 2. Poco favorable 3. Desfavorable
Adherencia terapéutica	Cualitativas	Ordinal	1. Favorable 2. Poco favorable 3. Desfavorable
Estado de animo	Cualitativa	Ordinal	1. Favorable 2. Poco favorable 3. Desfavorable
Apego a la dieta	Cualitativa	Ordinal	1. Favorable 2. Poco favorable 3. Desfavorable
Actividad física	Cualitativa	Ordinal	1. Favorable 2. Poco favorable 3. Desfavorable

Elaboro: Dra. Sandra Reyes López

DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 20 Windows para análisis de resultados, se utilizó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviaciones estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) frecuencias y porcentajes El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de Intervalo de confianza 99%, proporción 0.14. Amplitud total del intervalo de confianza. 0.10

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada de cada paciente en el cual se preguntara nombre, edad y sexo. Se evaluó de acuerdo a la puntuación a continuación descrita.

De acuerdo a método IMEVID se complementó el diseño.

IMEVID

El cambio en el estilo de vida puede modificar un diagnóstico certero por que la mayoría de las veces se relaciona con el consumo de tabaco y alcohol y los malos hábitos alimenticios. En 1997 el Dr. Boyer hace un estudio en el que los dominios que el maneja en el cuestionario para diabetes son: Energía y movilidad, Control de Diabetes Mellitus, Ansiedad y preocupación, carga social, funcionamiento sexual, calificación total de calidad de vida y severidad de diabetes. Siendo el estudio previo para la realización del Instrumento para Medir Estilo de Vida en el Paciente Diabético. A mediados de 2002, un grupo de investigadores mexicanos estudió el estilo de vida. Los pocos instrumentos disponibles para medir el estilo de vida son de tipo genérico, es decir, contruidos para aplicarse a población general y no a personas con enfermedades específicas. Dos de los cuestionarios más conocidos de este tipo son el FANTASTIC10 y el Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP). Estos instrumentos han sido traducidos al idioma español pero su utilización clínica o en investigación ha sido escasa. Se crea entonces IMEVID en 2003 Instrumento que Mide el Estilo de Vida en pacientes Diabéticos constituido por 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica pretende cubrir la necesidad de contar con un instrumento específico que permita al personal de salud medir el estilo de vida de los pacientes con DM de una manera rápida, válida y confiable. En forma global cuenta con alfa de Cronbach de 0.81 y una correlación de Spearman de 0.84

Se ha demostrado que incrementos amplios en la puntuación de estilo de vida obtenida a través del IMEVID o cualquiera de sus dominios, corresponde a pequeños decrementos en glucemia. A pesar de ello, el valor de significancia estadística de la correlación indica existencia de asociación del dominio adherencia terapéutica y, el estilo de vida (IMEVID) con la glucemia.

En otros estudios se observa en primer término que el IMEVID permite evaluar el estilo de vida en personas con Diabetes mellitus tipo 2, de una manera rápida y segura y cuya calificación total logra discriminar características relevantes en estos pacientes. Por otra parte, se sugiere que las investigaciones al respecto de la Diabetes mellitus desde la psicología se

amplíen incluyendo otras variables de tipo socio demográfico, variables personales y médicas que puedan ayudar a explicar y a entender el fenómeno y desde estos resultados, permitan sentar las bases de nuevos enfoques para hacer frente de manera exitosa a esta enfermedad médica que en su contexto, involucra en gran medida, a la psicología en su atención. (17)

Aunque es fundamental, con poca frecuencia durante la formación de especialistas en medicina familiar se valora la aptitud clínica en el manejo de la familia. La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. La medicina familiar en particular debe procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó auto aplicación del cuestionario IMEVID a los pacientes asistentes al servicio de Medicina Interna y Medicina Familiar del turno matutino y vespertino del HGZ/UMF#8. Primero se proporcionó un consentimiento informado a los participantes, esto previo a la realización de una entrevista para su llenado y de aceptación de la aplicación del mismo. Se procedió la aplicación del mismo en un tiempo de 10 minutos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:

Se aplicó el instrumento de evaluación IMEVID en forma individual; Únicamente a pacientes diabéticos tipo 2 La prueba debió realizarse en 10 minutos. Durante la aplicación de la encuesta IMEVID, fue importante recordar que las respuestas no requerían ayuda de otras personas. NO debía hacerse mención del estilo de vida. Los sujetos fueron informados de que no necesitaban responder alguna pregunta que no quisieran o no supieran contestar. El examinador debió decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no discutió ninguna pregunta con el sujeto, explicando que él debería buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto preguntaba el significado de una palabra, si fue posible, se dio la definición del cuestionario. El examinador revisó la prueba, para asegurar que solo una de las respuestas alternativas fuera señalada para cada pregunta

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF. NO.8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

"EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DEL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2011-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2012	2012
TITULO				X	X							
ANTECEDENTES					X	X	X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA							X	X				
OBJETIVOS									X			
HIPÓTESIS									X			
PROPÓSITOS										X		
DISEÑO METODOLÓGICO										X	X	X

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2014
DISEÑO METODOLÓGICO	X												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X											
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X										
RECURSOS			X										
BIBLIOGRAFÍA			X										
ASPECTOS GENERALES			X										
ACEPTACIÓN			X										
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X									
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X					
ANÁLISIS DE DATOS								X	X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X				
DISCUSIÓN DE DATOS									X				
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X			
INTEGRACIÓN Y										X			
REVISIÓN FINAL											X		
REPORTE FINAL											X		
AUTORIZACIONES											X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X	
PUBLICACIÓN													X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Para la realización de este proyecto se contó con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos y el asesor de investigación clínico y metodológico participo y orientó la realización de esta investigación,

Para la realización de esta investigación se contó con una computadora Netbook Mini HP, con procesador AMT Intel con Sistema Operativo Windows XP, Memoria portátil USB de 4 GB así como disco compacto de 800 MB para guardar protocolo final.

Servicio de fotocopiado para reproducir el instrumento de APGAR, Consentimiento Informado, lápices, borradores. Los gastos en general se absorbieron por la residente de Medicina Familiar Reyes López Sandra.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

El consentimiento informado se encuentra en anexos.

RESULTADOS

Se estudió 240 pacientes, se encontró predominio de sexo femenino 135 (56.3%) pacientes, sexo masculino 105 (43.8%) pacientes. (Ver anexo cuadro 1)

En el rubro de edad se encontró predominio de pacientes mayores 60 años 118 (49.2%) pacientes, 40 a 59 años 106 (44.2%) pacientes, menos de 40 años 16 (6.7%) pacientes (Ver anexo cuadro 2)

En el apartado de dieta existe mayor frecuencia en cuanto a dieta poco favorable con 112 (46.7%) pacientes, sobre dieta favorable con 110 (45%) pacientes y dieta desfavorable 18 (7.5%) pacientes (Ver anexo cuadro 3)

Dentro de actividad física: se encontró predominio con actividad física desfavorable con 93 (38.8%) pacientes, actividad física favorable 91 (37.9%) pacientes y actividad física poco favorable 56 (23.3%) pacientes (Ver anexo cuadro 4)

En el apartado de toxicomanías existe predominio de pacientes sin toxicomanías 210 (87.5%), pacientes con toxicomanías 16 (6.7%) pacientes, y toxicomanía ocasional 14 (5.8%) pacientes. (Ver anexo cuadro 5)

En el rango de estado de ánimo se encontró pacientes con predominio de estado de ánimo desfavorable en 131 pacientes (54.6%), estado de ánimo favorable 61 pacientes (25%) y con estado de ánimo poco favorable 48 pacientes (20.0%) (Ver anexo cuadro 6)

Dentro del apartado de apego al tratamiento: se encontró con apego al tratamiento favorable 204 (85%) pacientes, apego al tratamiento poco favorable 18 (7.5%) pacientes y desfavorable apego al tratamiento 18 (7.5%) pacientes (Ver anexo cuadro 7)

Dentro de conocimiento sobre DM2 se encontró que 171 (71.3%) pacientes tienen un favorable conocimiento acerca de DM2, 36 (15.0%) pacientes tienen poco favorable conocimiento acerca de DM2 y 33 (13.8%) pacientes tienen un desfavorable conocimiento sobre Dm2 (Ver anexo cuadro 8)

Dentro del rango estilo de vida: Se encuentra un poco favorable estilo de vida 162 (67.5%), pacientes favorable estilo de vida 62 (25.8%) pacientes y desfavorable estilo de vida 16 (6.7%) pacientes (Ver anexo cuadro 9)

En el rubro de estilo de vida y sexo, se encontró dentro de un porcentaje de 135 (56.3%) pacientes femeninas de ellas 8 (5.9%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 88 (65.2%) pacientes con poco favorable estilo de vida, y 39 (28.9%) pacientes con favorable estilo de vida. En cuanto al sexo masculino en 105 (43.8%) pacientes se encuentra 8 (7.6%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 74 (70.5%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 23 (21.9%) pacientes con favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 10)

En la sección de estilo de vida y edad encontramos 16 (6.7%) pacientes menores a 40 años, de los cuales 2 (12.5%) pacientes se encuentran con desfavorable estilo de vida, 12 (75%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 2 (12.5%) pacientes con favorable estilo de vida. En pacientes de 40 a 59 años que se cuentan en 106 (44.2%) pacientes encontramos 8 (7.5%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 71 (67%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 27 (25.5%) pacientes con favorable estilo de vida. Y en pacientes mayores de 60 años que son 118 (49.2%) pacientes se observan 6 (5.1%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 79 (66.9%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 33 (28%) pacientes con favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 11)

En el apartado de estilo de vida y toxicomanías encontramos que de 16 (6.7%) pacientes con toxicomanía, 5 (31.3%) pacientes presentan desfavorable estilo de vida, 11 (68.8%) pacientes poco favorable estilo de vida y 0 (0%) pacientes favorable estilo de vida. De 14 (5.8%) pacientes con toxicomanía ocasional encontramos 1 (7.1%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 13 (92.9%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 0 (0%) pacientes con favorable estilo de vida. Y de 210 (87.5%) pacientes sin toxicomanías encontramos 10 (4.8%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 138 (65.7%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 62 (29.5%) pacientes con favorable estilo de vida (Ver anexo cuadro 12)

Dentro del rubro estilo de vida y estado de ánimo se obtiene que de 131 (54.6%) pacientes con desfavorable estado de ánimo 15 (11.5%) pacientes presentan desfavorable estilo de vida, 102 (77.9%) pacientes poco favorable estilo de vida y 14 (10.7%) pacientes con favorable estilo de vida. De 48 (20%) pacientes con autoestima poco favorable se encuentra 0 (0%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 31 (64.6%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 17 (35.4%) pacientes con favorable estilo de vida. Y de 61 (25.4%) pacientes con favorable estado de ánimo se encuentra que 1 (1.6%) paciente tiene desfavorable estilo de vida, 29 (47.5%) pacientes tienen poco favorable estilo de vida y 31 (50.8%) pacientes tienen favorable estilo de vida (Ver anexo cuadro 13)

En el apartado de Estilo de vida y dieta en 110 (45.8%) pacientes con favorable apego a la dieta se obtienen 0 (0%) pacientes con desfavorable estilo de vida, 52 (47.3%) pacientes con poco favorable estilo de vida y 58 (52.7%) pacientes con favorable estilo de vida. De pacientes con poco favorable apego a la dieta de 112 (46.7%) pacientes se obtiene que 7 (6.3%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 101 (90.2%) pacientes un poco favorable estilo de vida y 4 (3.6%) pacientes un favorable estilo de vida. De 18 (7.5%) pacientes con desfavorable apego a la dieta 9 (50%) pacientes llevan desfavorable estilo de vida, 9 (50%) pacientes un poco favorable estilo de vida y 0 (0%) pacientes favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 14)

En el rubro estilo de vida y apego al tratamiento se obtuvo que de 18 (7.5%) pacientes con desfavorable apego al tratamiento 8 (44.4%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 10 (55.6%) pacientes llevan un poco favorable estilo de vida y 0 (0%) pacientes llevan un favorable estilo de vida. De 18 (7.5%) pacientes con poco favorable apego al tratamiento 4 (2.22%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 14 (77.8 %) pacientes llevan poco favorable estilo de vida y 0 (0%) pacientes llevan un favorable estilo de vida. Y de 204 (85%) pacientes con favorable apego al tratamiento 4 (2%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 138 (67.6%) pacientes llevan un poco favorable estilo de vida y 62 (30.40%) pacientes llevan un favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 15)

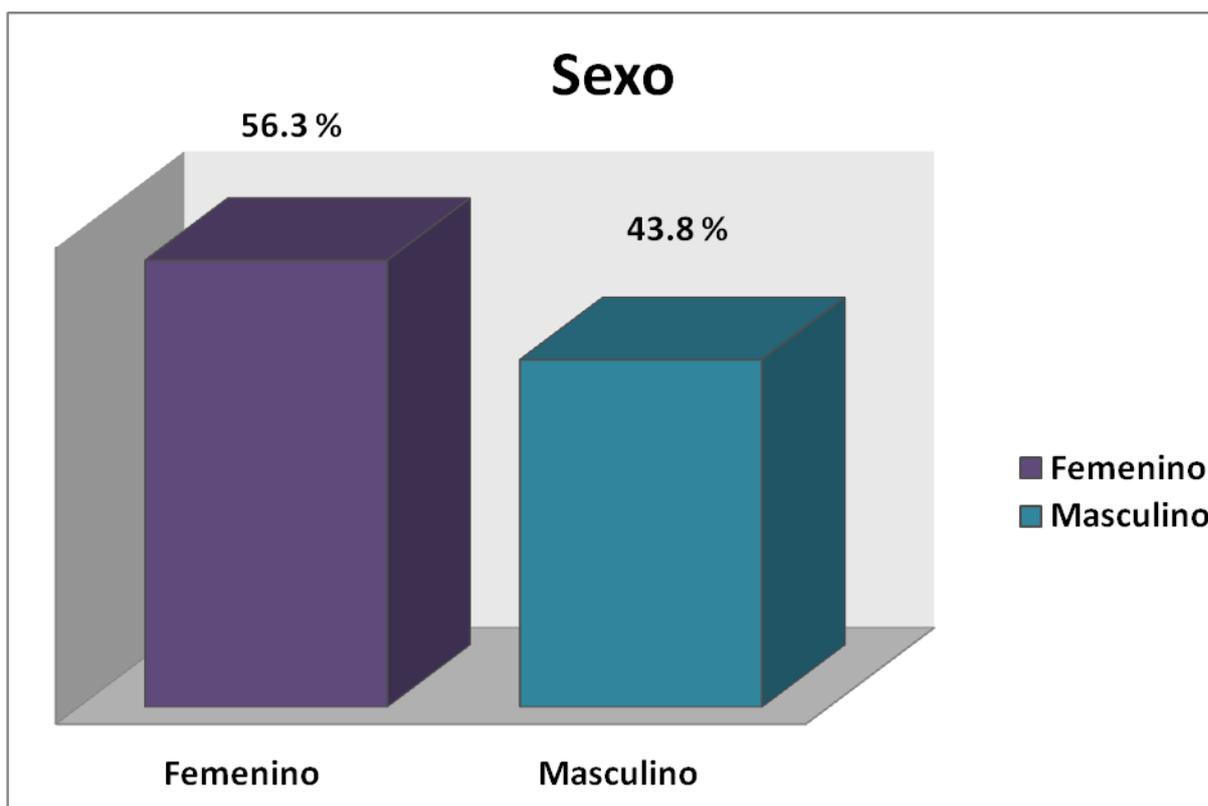
En el apartado de Estilo de vida y actividad física se obtuvo que de 93 (38.8%) pacientes con actividad física desfavorable, llevan un desfavorable estilo de vida, 16 (17.2%) pacientes, llevan un poco favorable estilo de vida y 68 (73.1%) pacientes llevan un favorable estilo de vida 9 (9,7%) pacientes. De 56 (23.3%) pacientes con poco favorable actividad física 0 (0%) pacientes llevan desfavorable estilo de vida, 47 (83.9 %) pacientes llevan un poco favorable estilo de vida y 9 (16.1 %) pacientes llevan un favorable estilo de vida. Y de 91 (37.9 %) pacientes con favorable actividad física 0 (0%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 47 (51.6 %) pacientes llevan poco favorable estilo de vida y 44 (48.4 %) pacientes llevan un favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 16)

En el apartado de Estilo de vida y Conocimiento sobre DM2 se obtuvo que de 33 (13.8%) pacientes con desfavorable conocimiento sobre Dm2, llevan un desfavorable estilo de vida, 9 (27.3%) pacientes, llevan un poco favorable estilo de vida 21 (63.6%) pacientes llevan un favorable estilo de vida 3 (9,1%) pacientes. De 36 (15%) pacientes con conocimiento poco favorable 3 (8.3%) pacientes llevan desfavorable estilo de vida, 27 (75 %) pacientes llevan un poco favorable estilo de vida y 6 (16.7 %) pacientes llevan un favorable estilo de vida. Y de 171 (71.3%) pacientes con conocimiento favorable 4 (23.3%) pacientes llevan un desfavorable estilo de vida, 114 (66.7 %) pacientes llevan poco favorable estilo de vida y 53 (31%) pacientes llevan un favorable estilo de vida. (Ver anexo cuadro 17)

RESULTADOS

FRECUENCIA DE ACUERDO A SEXO

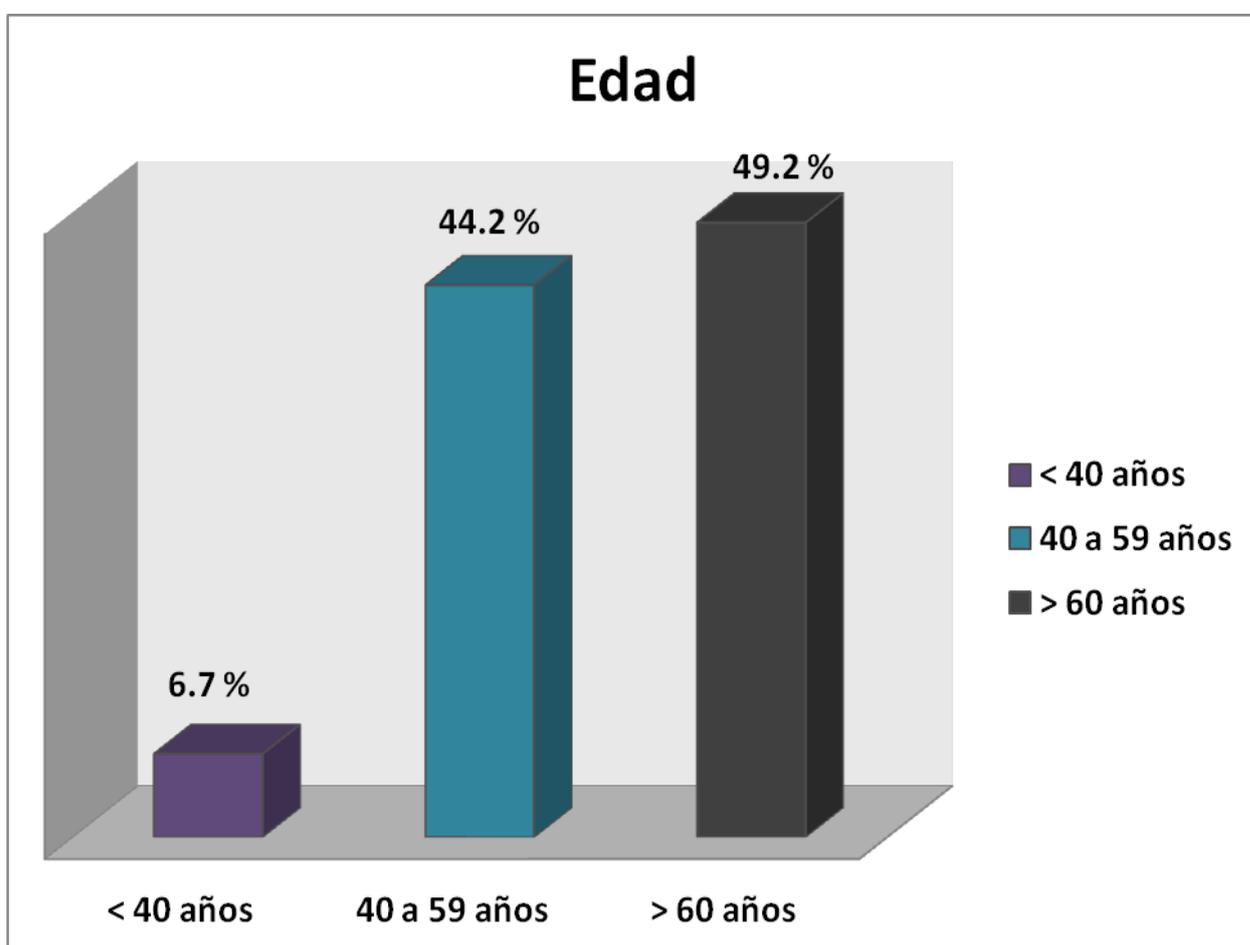
Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	135	56.3
Masculino	105	43.8
Total	240	100.0



Cuadro 1. Frecuencia de acuerdo a sexo

FRECUENCIA DE ACUERDO A EDAD

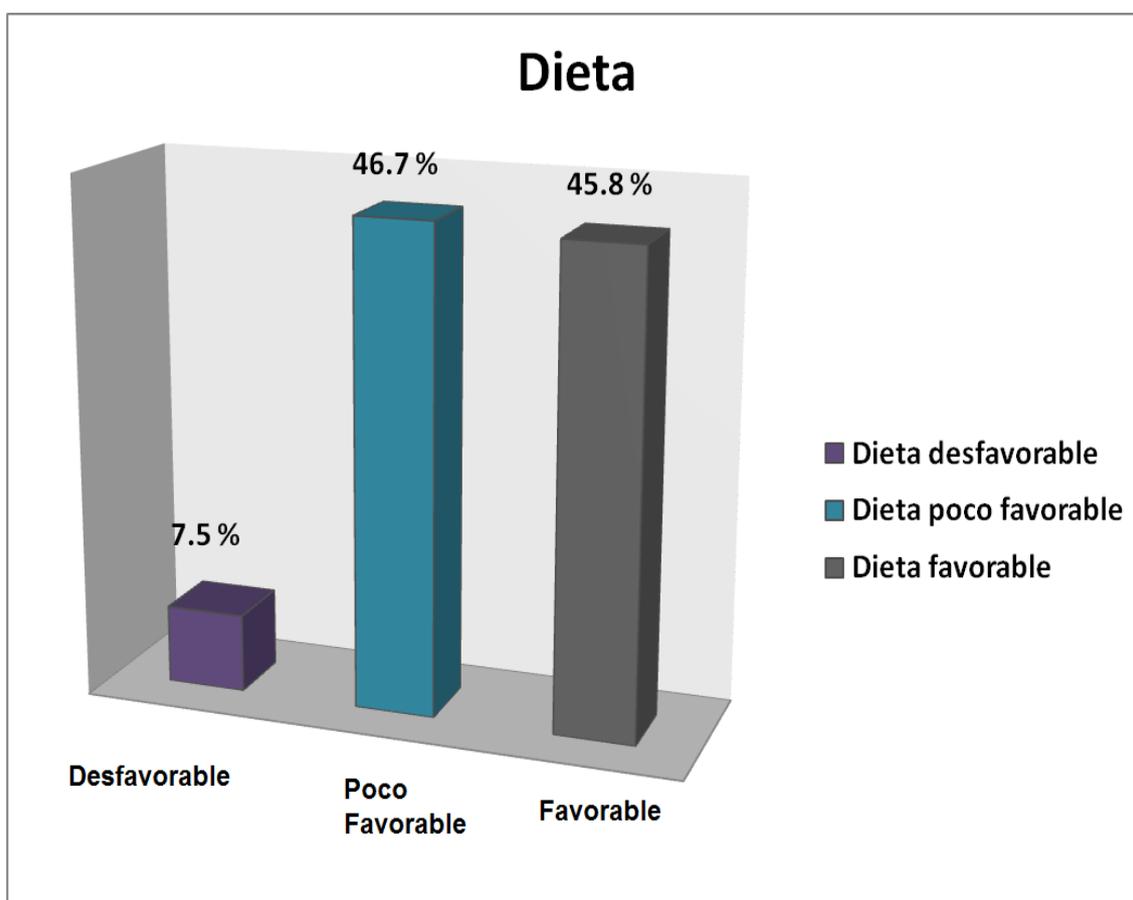
Edad	Frecuencia	Porcentaje %
< 40 años	16	6.7
40 a 59 años	106	44.2
> 60 años	118	49.2
Total	240	100.0



Cuadro 2. Frecuencia de acuerdo a edad

FRECUENCIA DE ACURDO A APEGO A DIETA

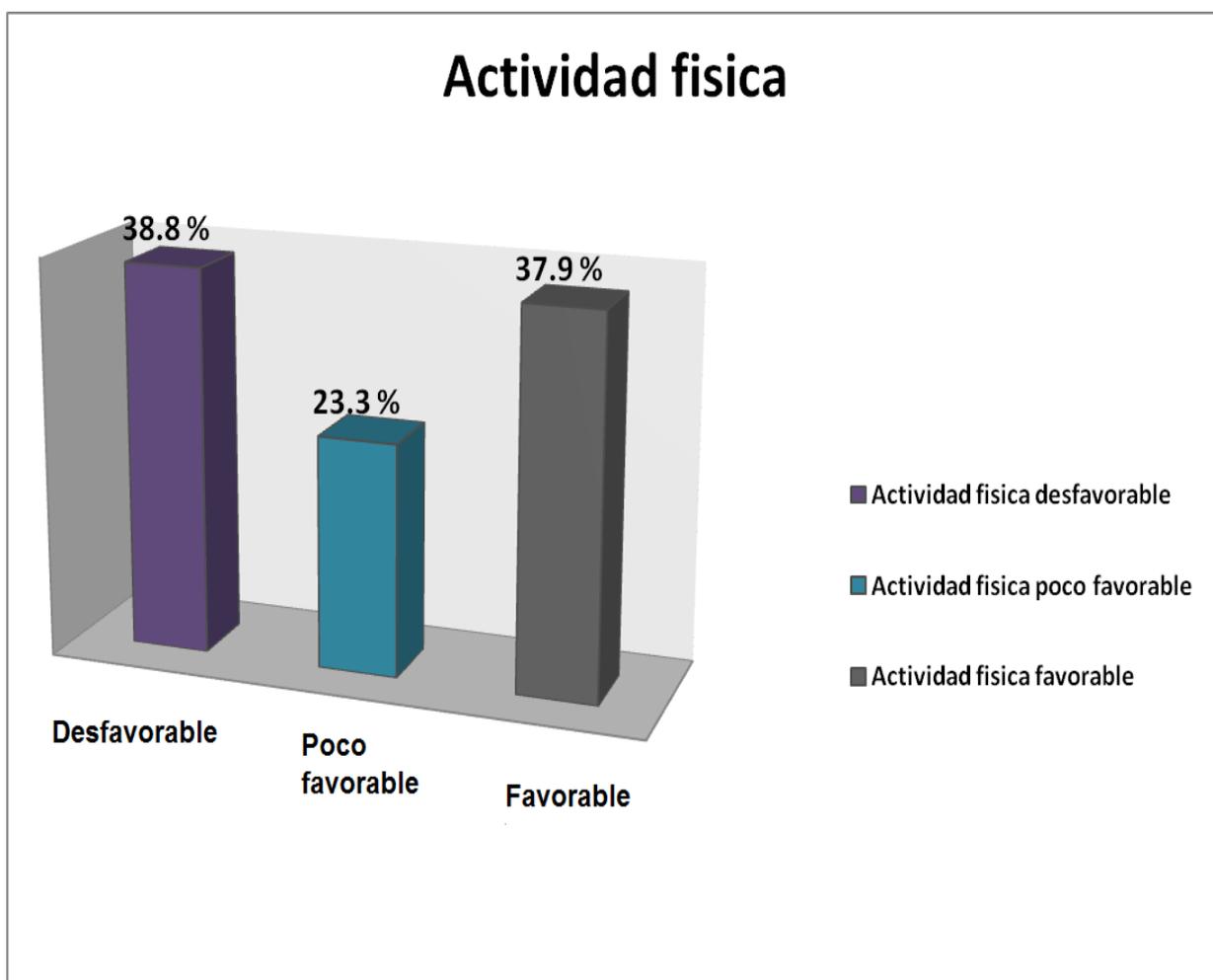
Dieta	Frecuencia	Porcentaje
Dieta desfavorable	18	7.5
Dieta poco favorable	112	46.7
Dieta favorable	110	45.8
Total	240	100.0



Cuadro 3. Frecuencia de acuerdo a Apego a dieta

FRECUENCIA DE ACUERDO A ACTIVIDAD FISICA

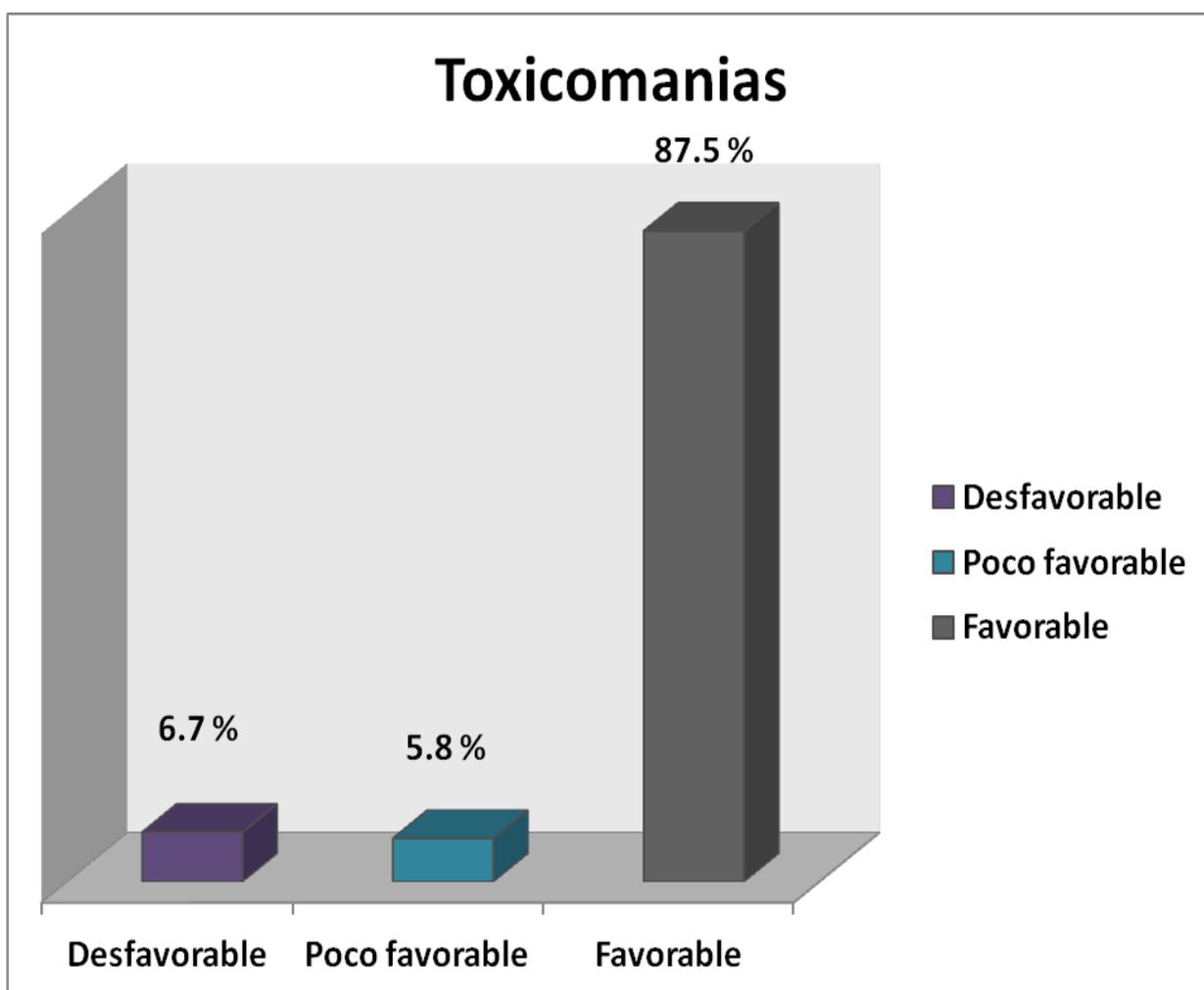
Actividad Física	Frecuencia	Porcentaje
Actividad física desfavorable	93	38.8
Actividad física poco favorable	56	23.3
Actividad física favorable	91	37.9
Total	240	100.0



Cuadro 4. Frecuencia de acuerdo a actividad física

FRECUENCIA DE ACUERDO A TOXICOMANÍAS

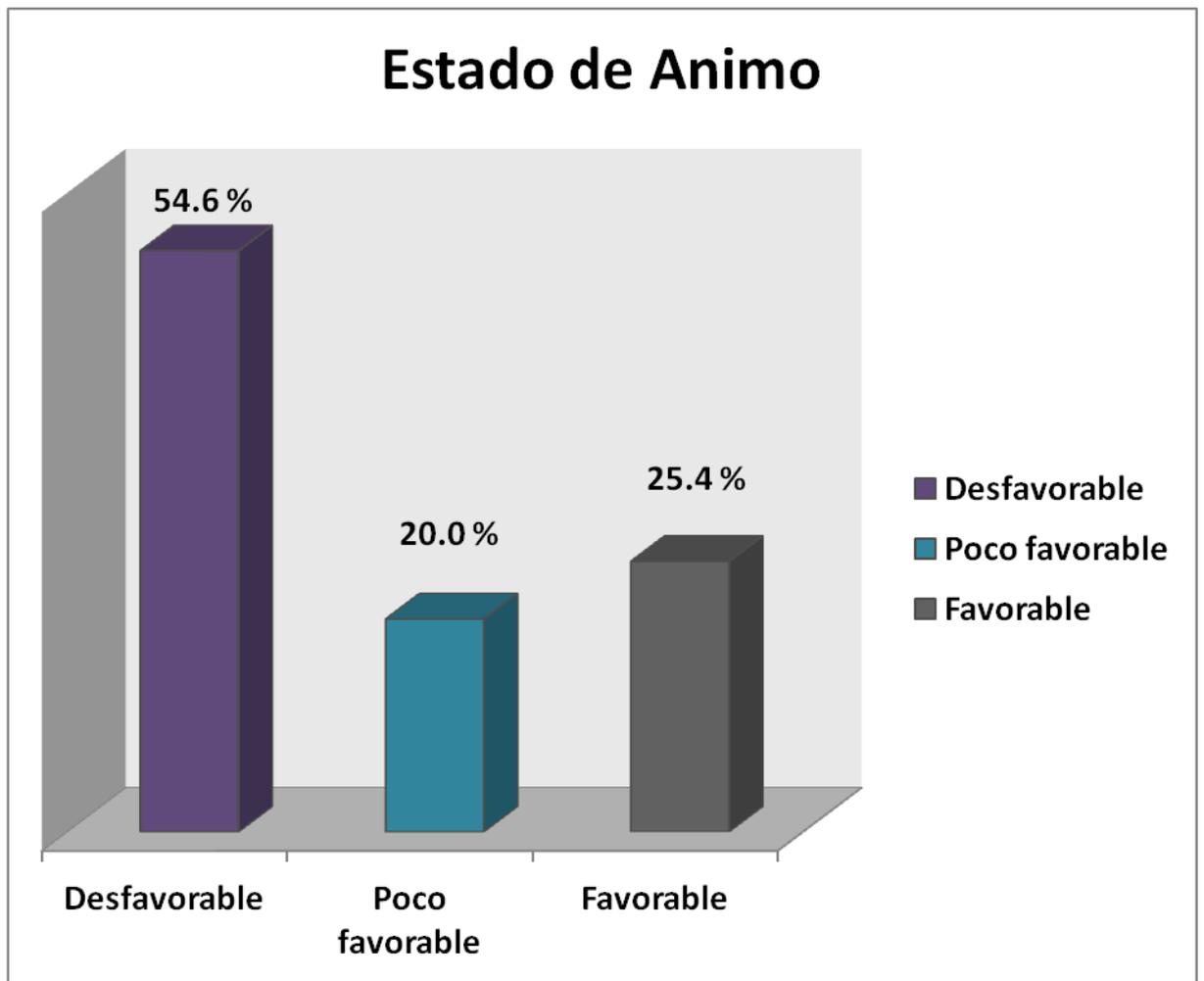
Toxicomanías	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	16	6.7
Poco favorable	14	5.8
Favorable	210	87.5
Total	240	100.0



Cuadro 5. Frecuencia de acuerdo a toxicomanías

FRECUENCIA DE ACUERDO A ESTADO DE ÁNIMO

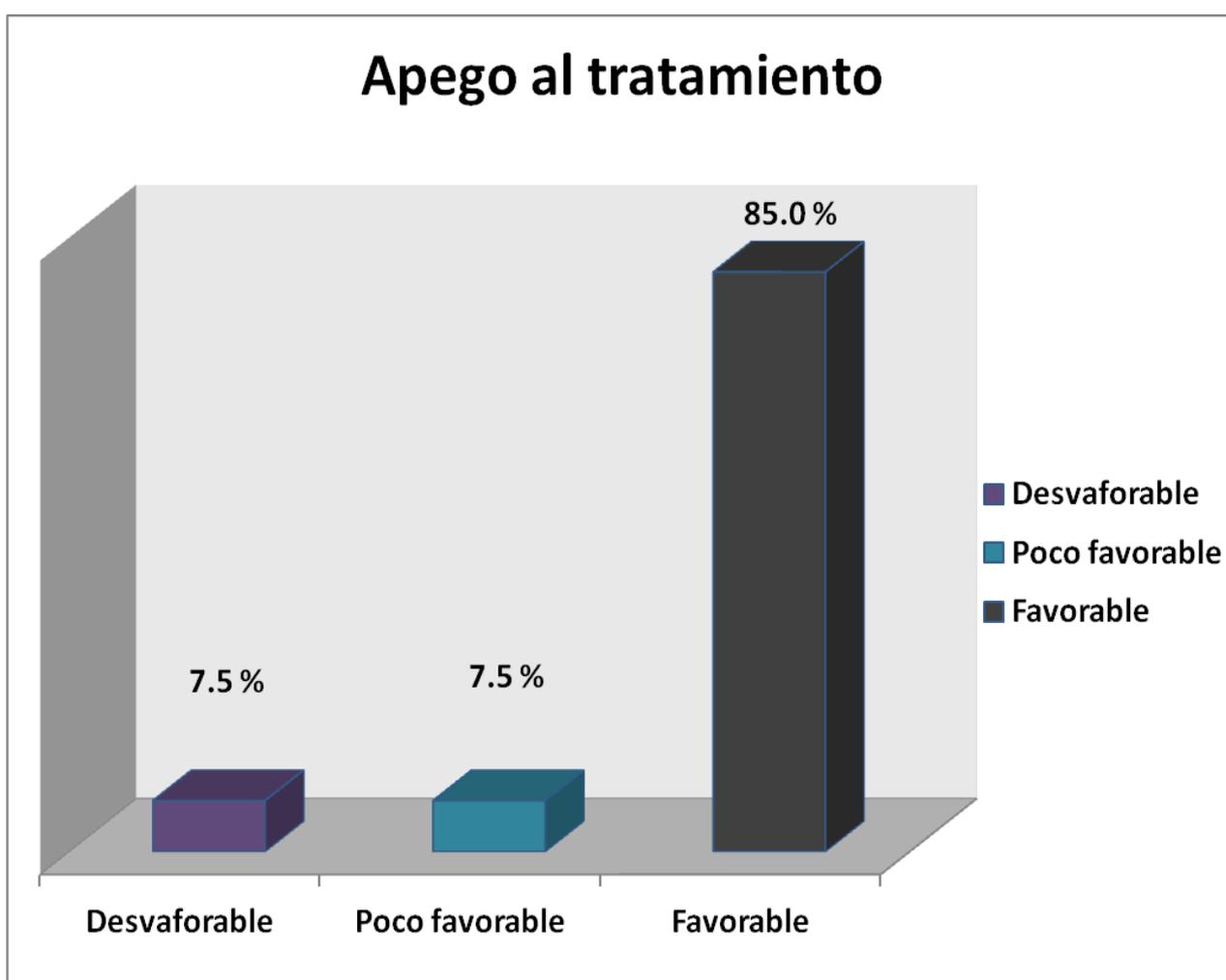
Estado de Animo	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	131	54.6
Poco favorable	48	20.0
Favorable	61	25.4
Total	240	100.0



Cuadro 6. Frecuencia de acuerdo a estado de animo

FRECUENCIA DE ACUERDO AL APEGO A TRATAMIENTO

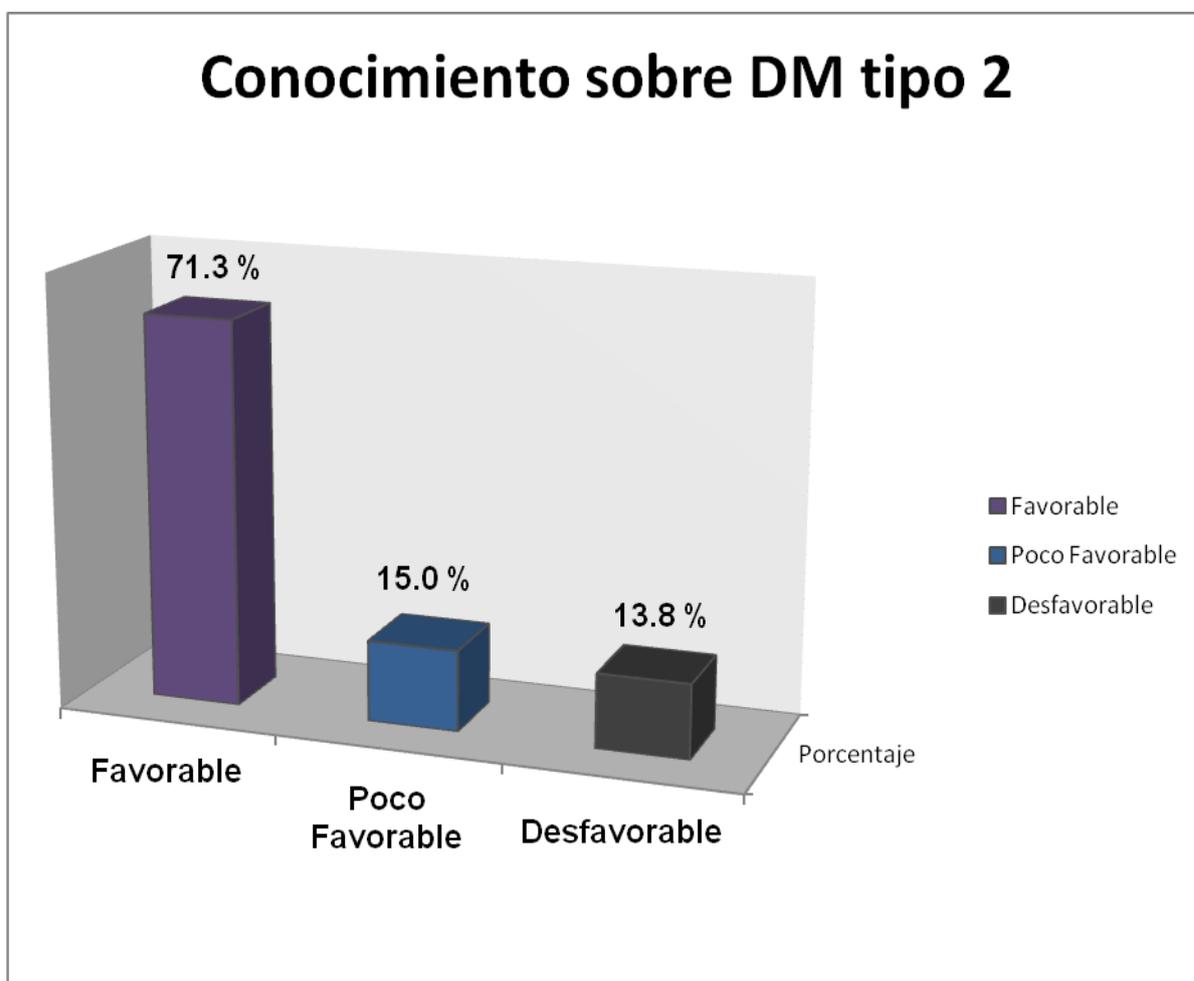
Apego al tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	18	7.5
Poco favorable	18	7.5
Favorable	204	85.0
Total	240	100.0



Cuadro 7. Frecuencia de acuerdo a apego al tratamiento

FRECUENCIA DE ACUERDO A CONOCIMIENTO SOBRE DM TIPO2

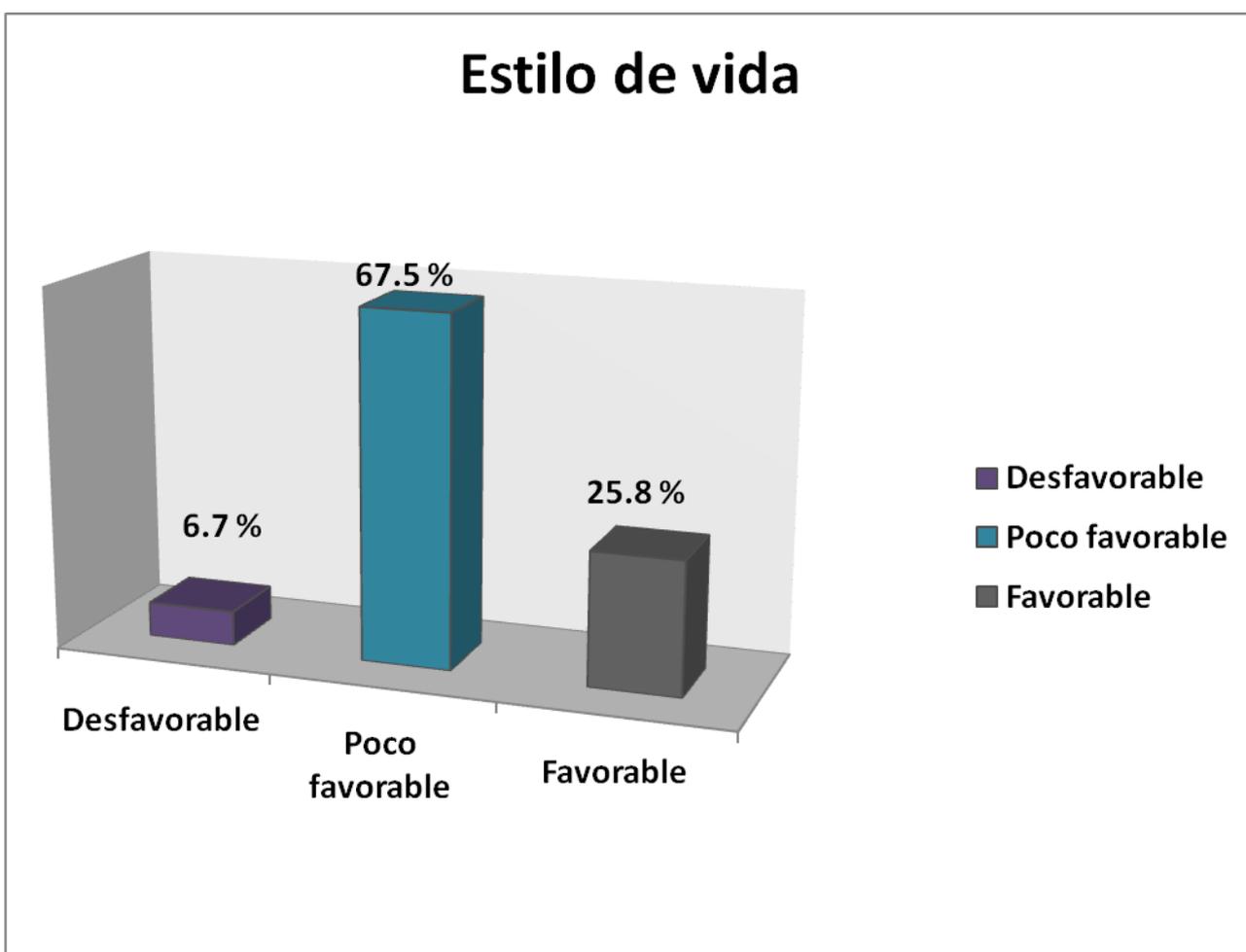
Información sobre DM tipo 2	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	171	71.3
Poco Favorable	36	15.0
Desfavorable	33	13.8
Total	240	100.0



Cuadro 8. Frecuencia de acuerdo a conocimiento sobre diabetes

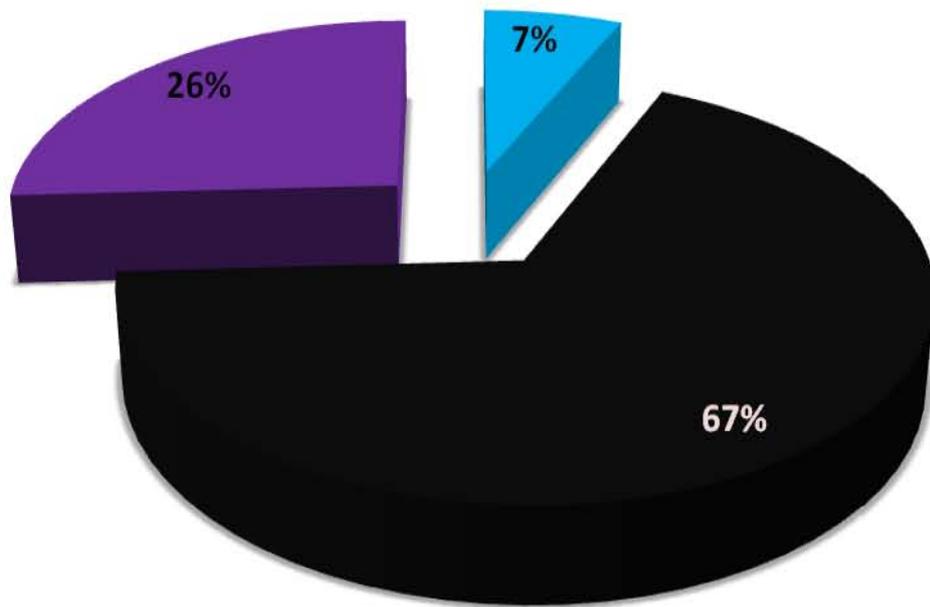
FRECUENCIA DE ACUERDO A ESTILO DE VIDA

Estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	16	6.7
Poco favorable	162	67.5
Favorable	62	25.8
Total	240	100.0



ESTILO DE VIDA

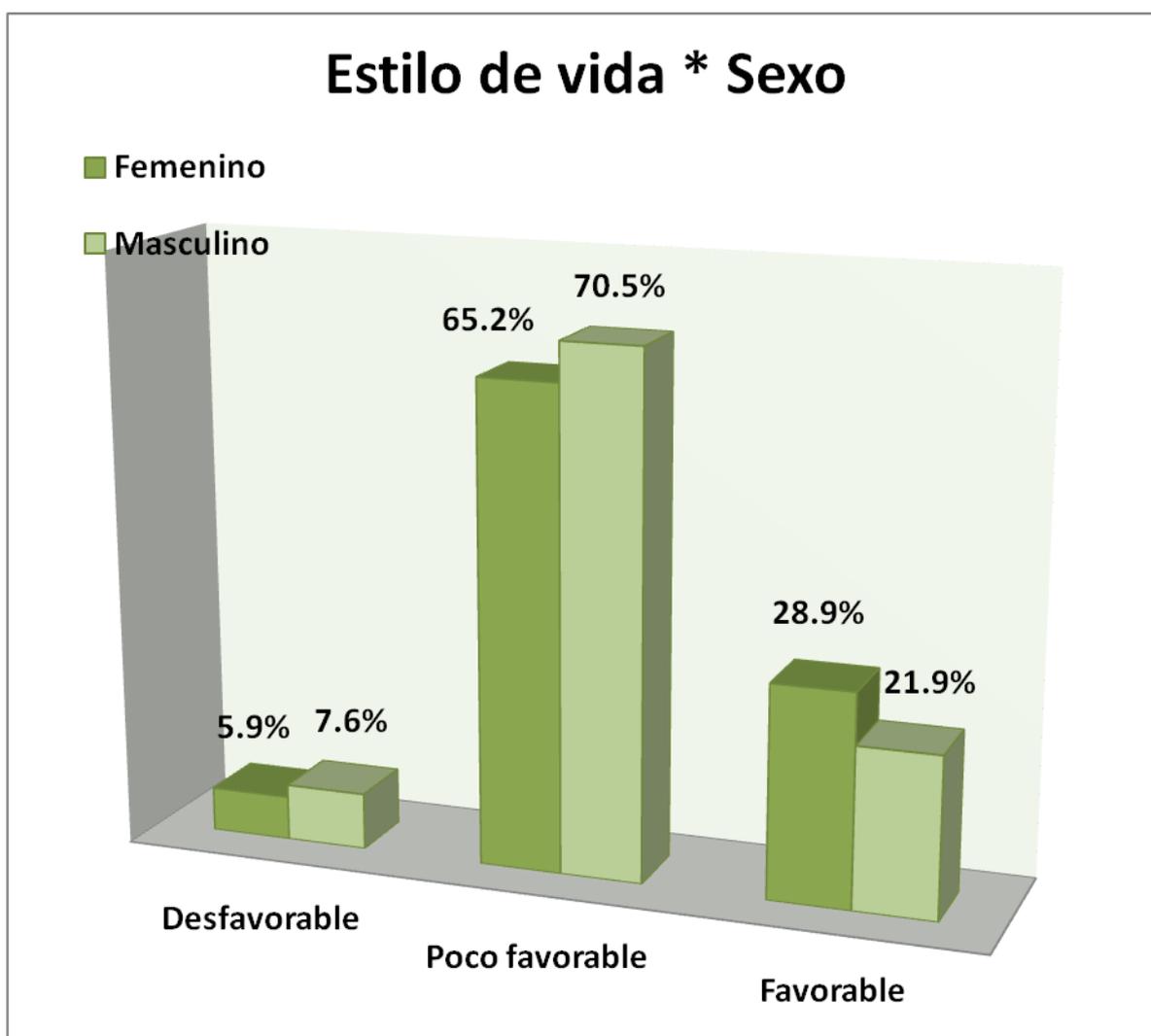
■ Desfavorable ■ Poco favorable ■ Favorable



Cuadro 9. Frecuencia de acuerdo a estilo de vida

ESTILO DE VIDA Y SEXO

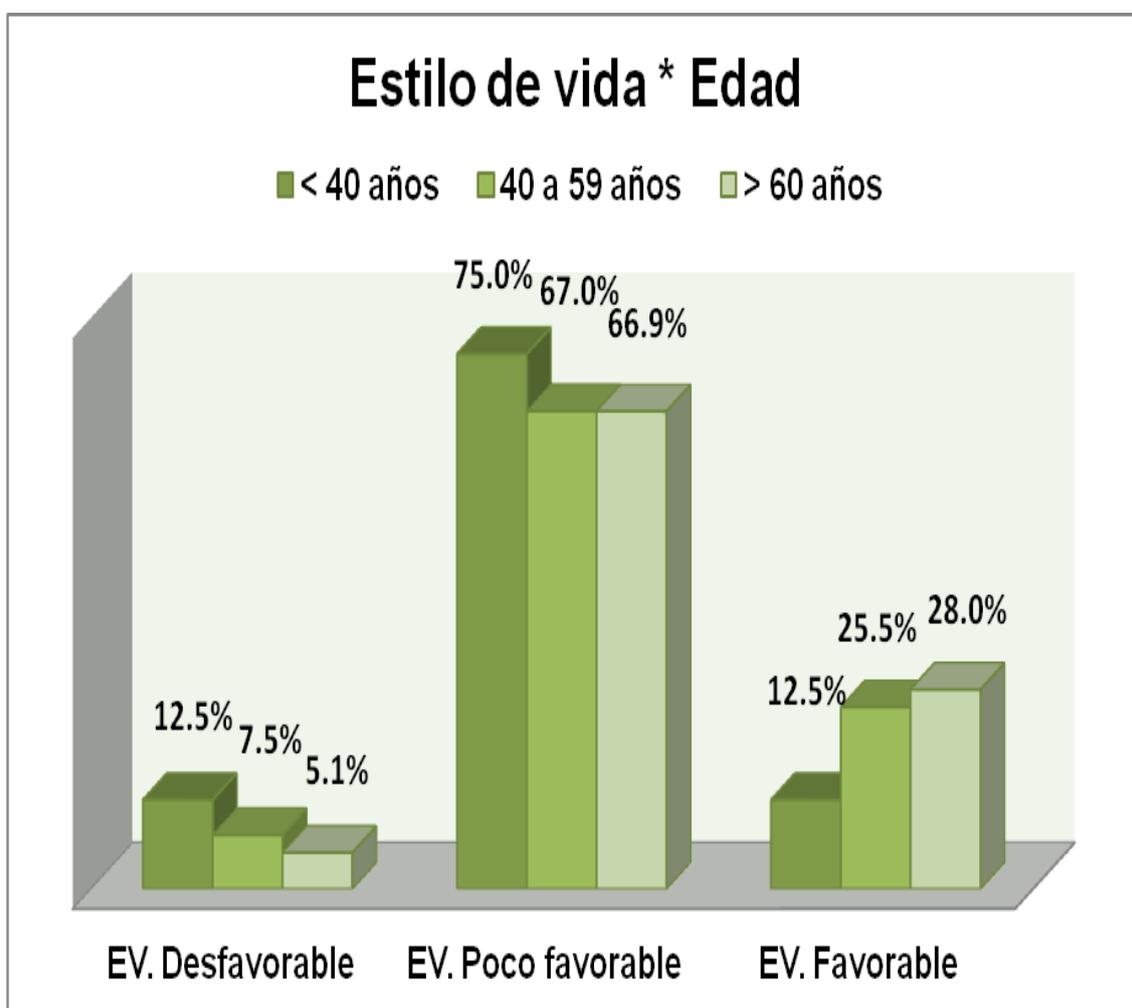
Sexo	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	8	5.90	88	65.20	39	28.9	135	100
Masculino	8	7.6	74	70.50	23	21.9	105	100



Cuadro 10 Estilo de vida y Sexo

ESTILO DE VIDA Y EDAD

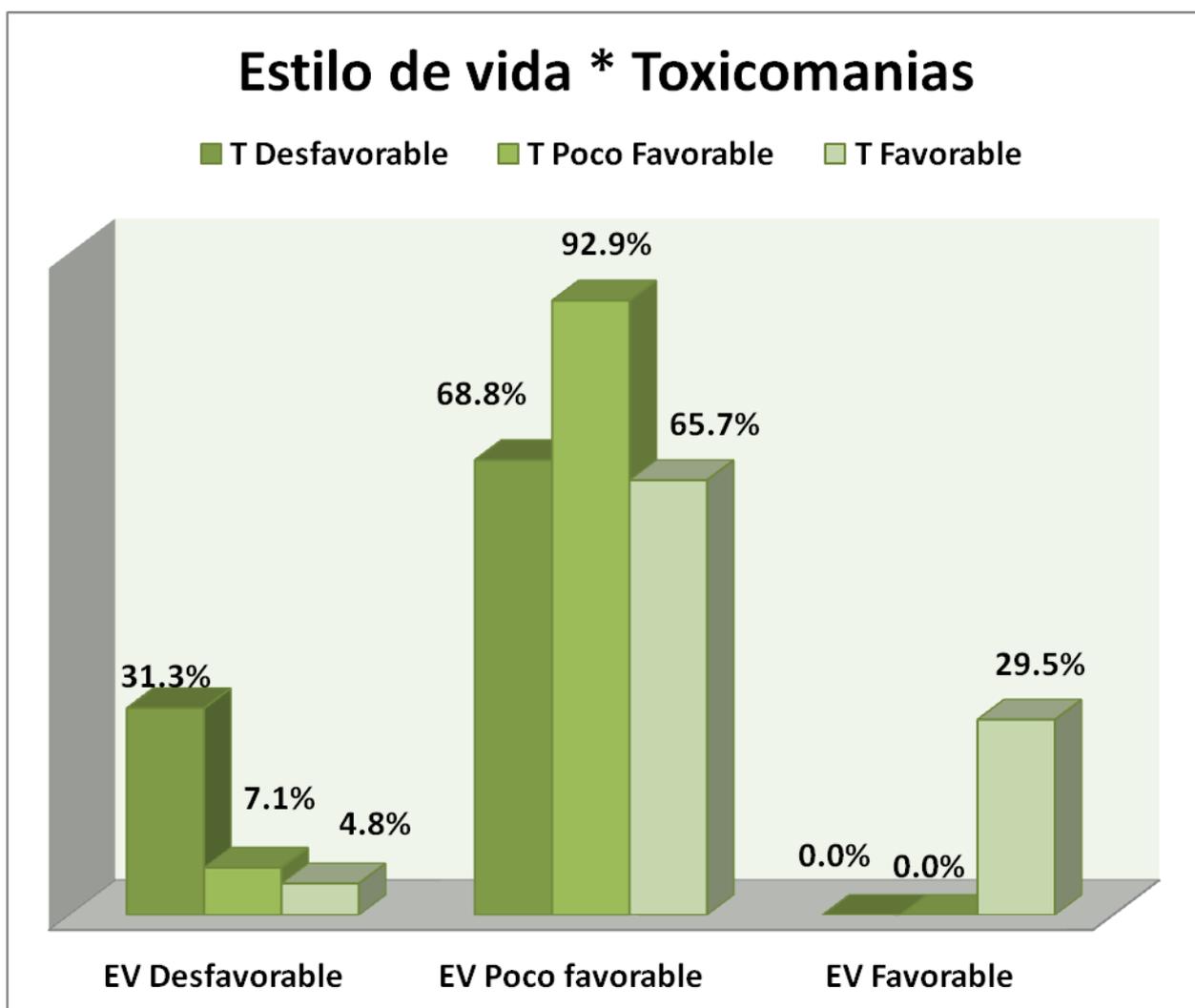
Edad	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
< 40 años	2	12.50	12	75.00	2	12.50	16	100
40 a 59 años	8	7.50	71	67.00	27	25.50	106	100
>60 años	6	5.10	79	66.90	33	28.00	118	100



Cuadro 11 Estilo de vida y Edad

ESTILO DE VIDA Y TOXICOMANÍAS

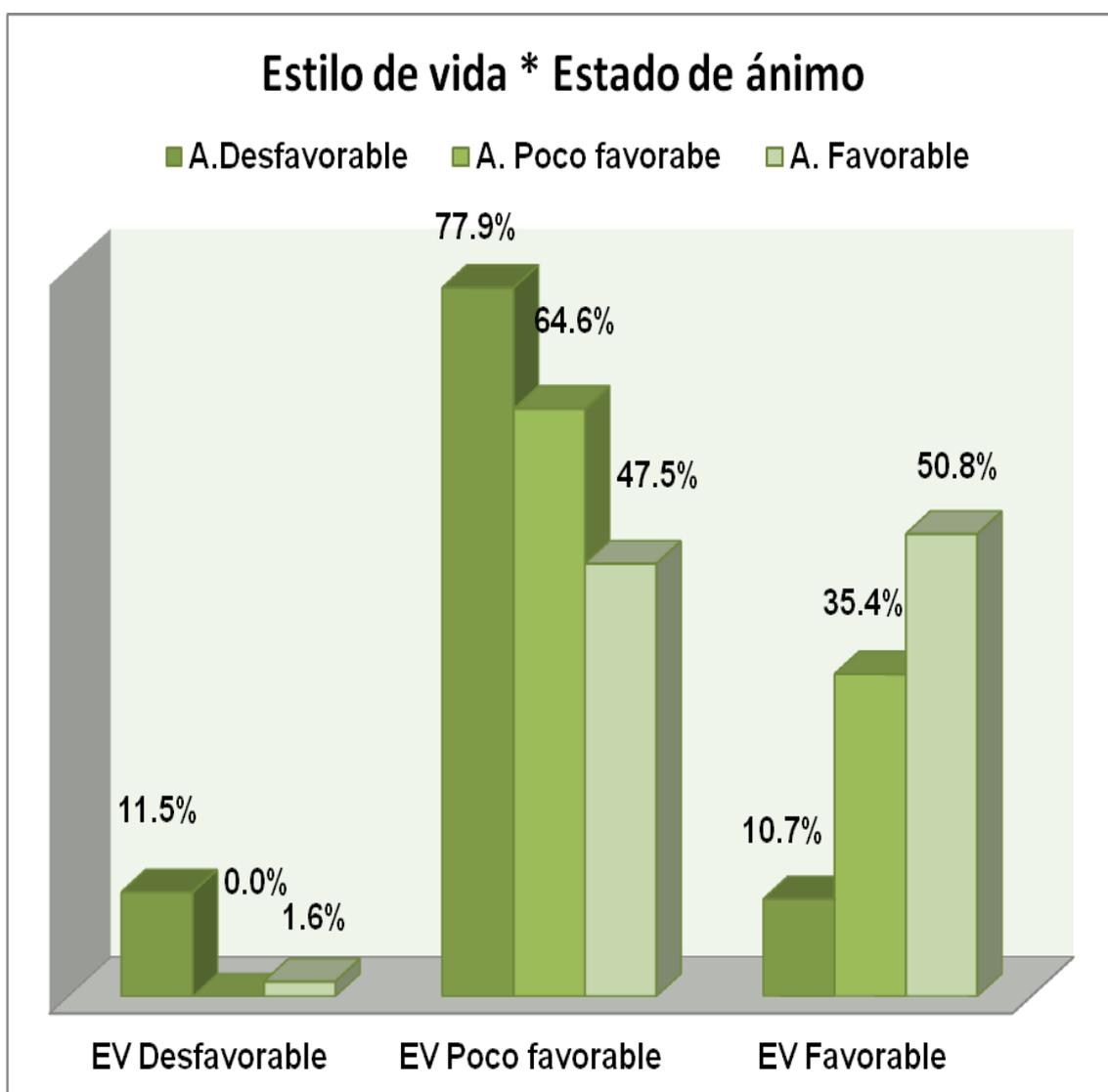
Toxicomanías	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	5	31.30	11	68.80	0	0.00	16	100
Poco favorable	1	7.10	13	92.90	0	0.00	14	100
Favorable	10	4.80	138	65.70	62	29.50	210	100



Cuadro 12 Estilo de vida y Toxicomanías

ESTILO DE VIDA Y ESTADO DE ANIMO

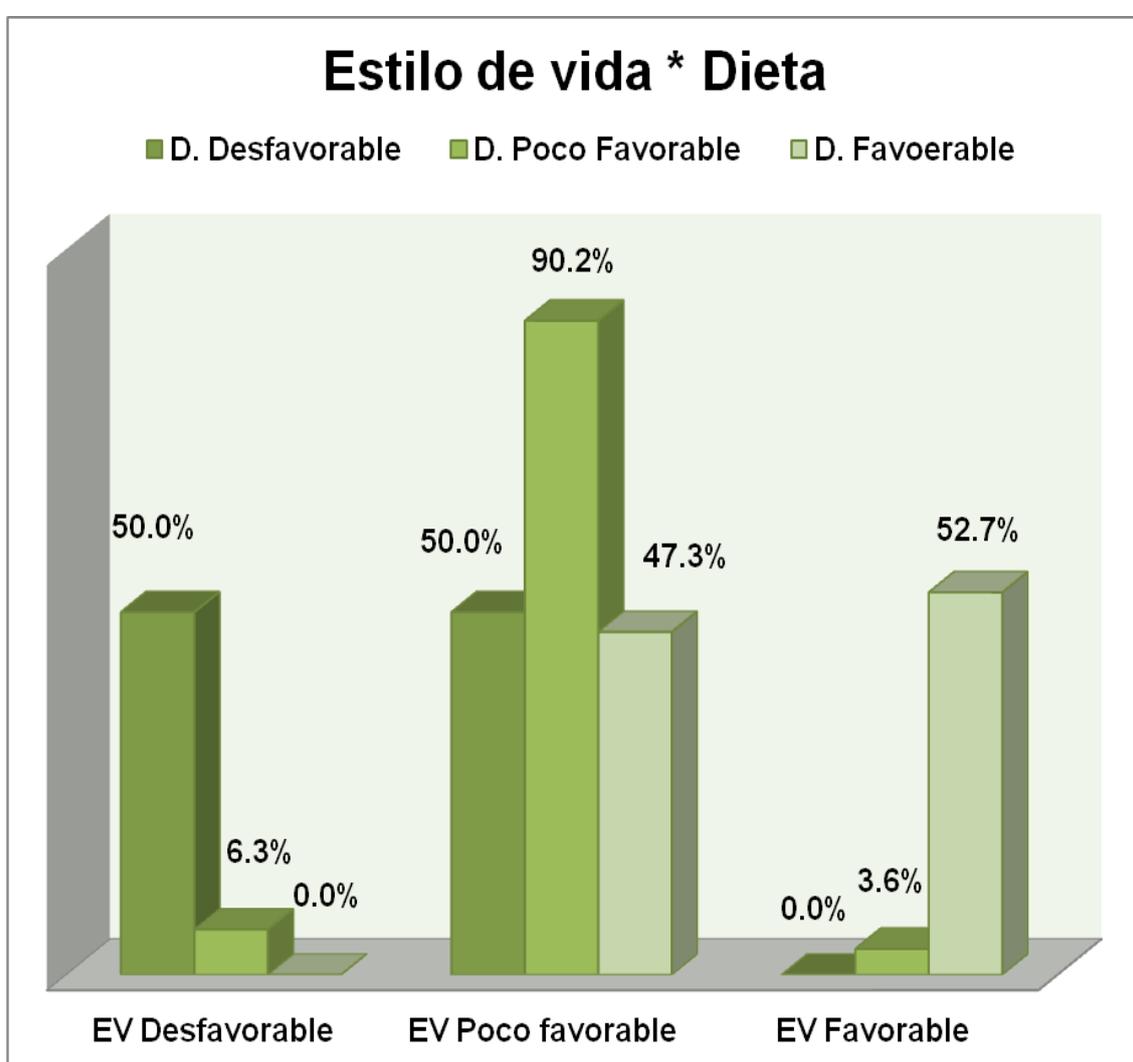
EDO DE ANIMO	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	15	11.50	102	77.90	14	10.70	131	100
Poco favorable	0	0.00	31	64.60	17	35.40	48	100
Favorable	1	1.60	29	47.50	31	50.80	61	100



Cuadro 13 Estilo de vida y Estado de animo

ESTILO DE VIDA Y DIETA

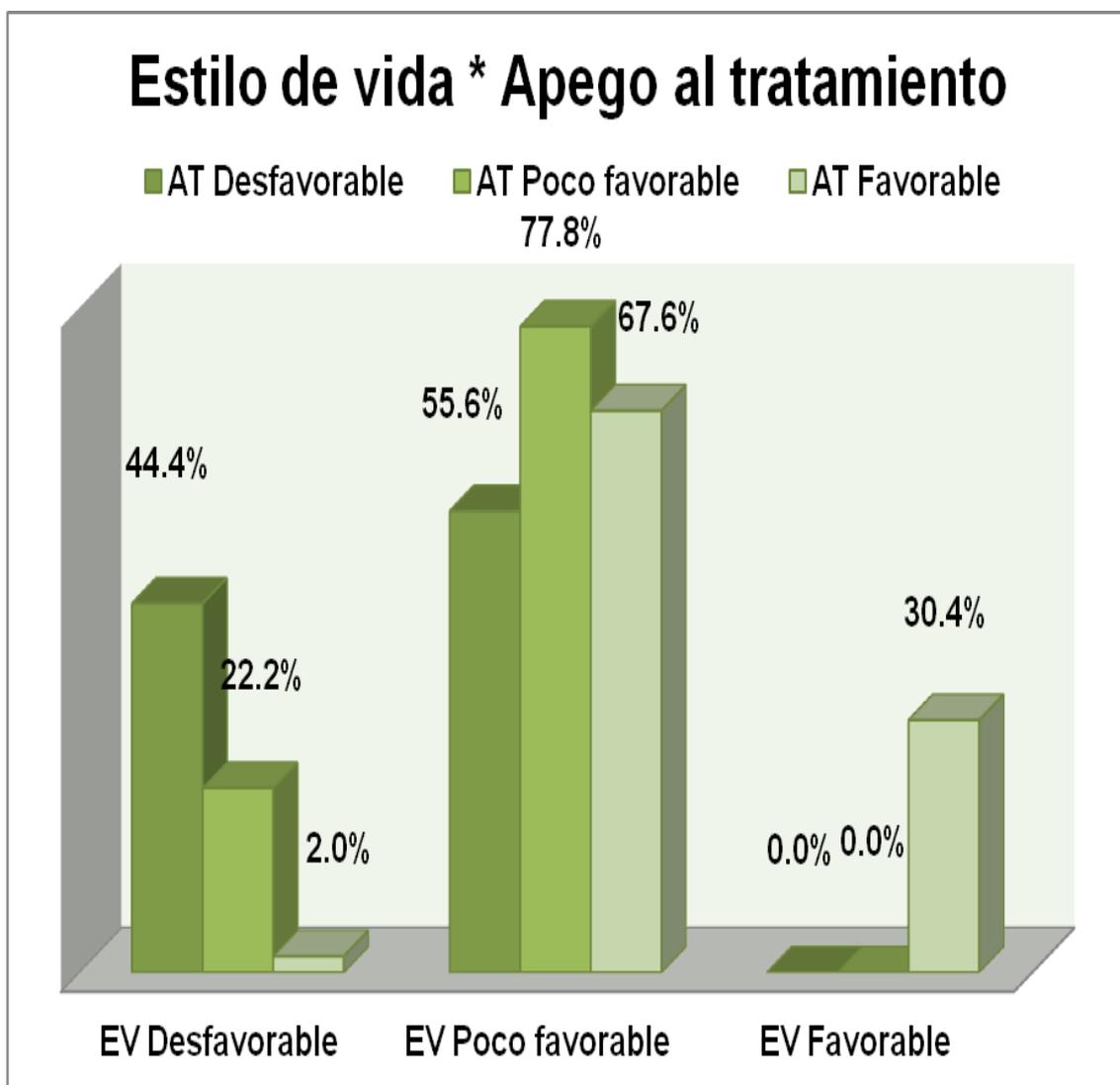
A . Dieta	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	9	50.00	9	50.00	0	0.00	18	100
Poco favorable	7	6.30	101	90.20	4	3.60	112	100
Favorable	0	0.00	52	47.30	58	52.70	110	100



Cuadro 14 Estilo de vida y Dieta

ESTILO DE VIDA APEGO AL TRATAMIENTO

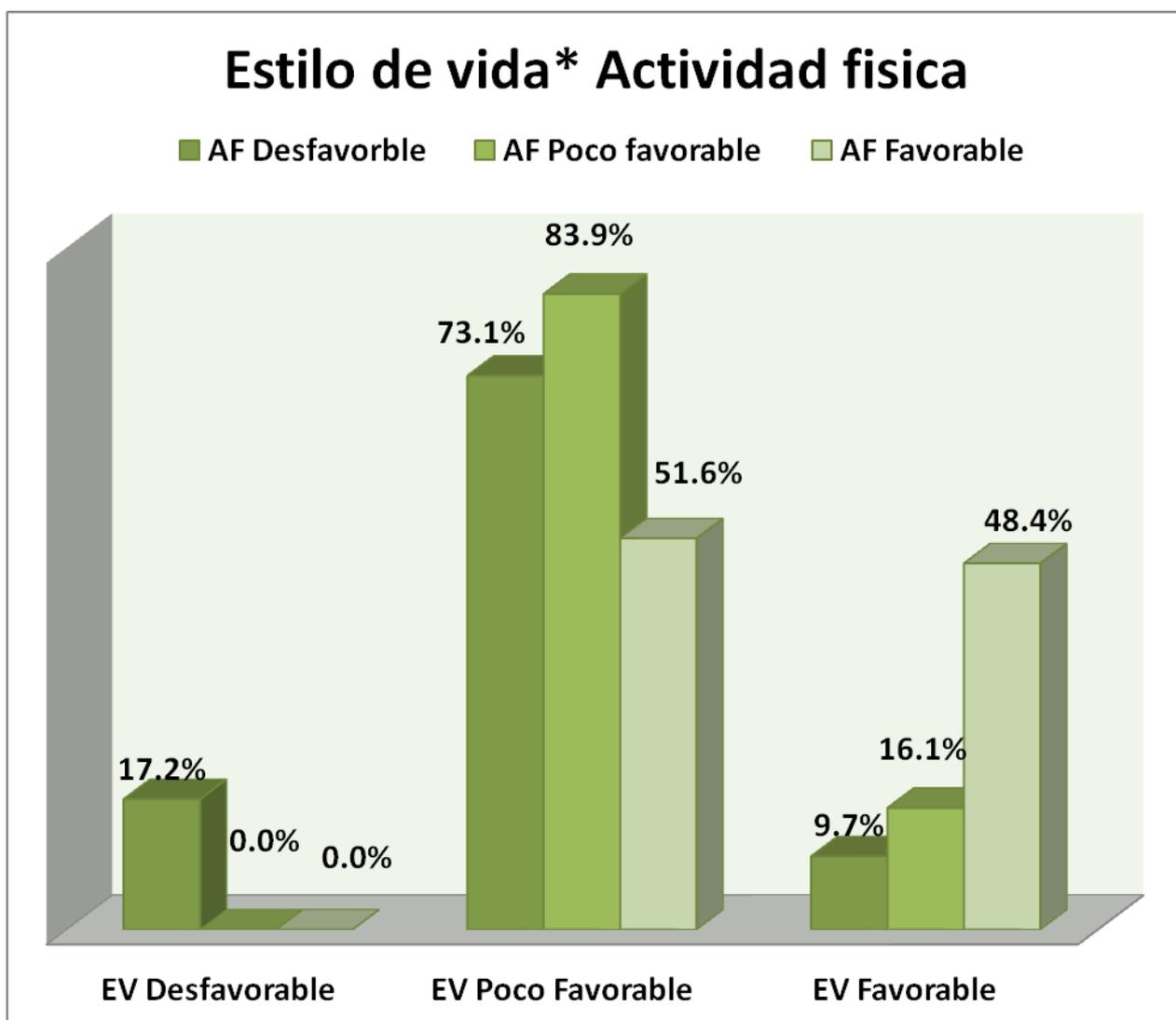
A . Tratamiento	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	8	44.40	10	55.60	0	0.00	18	100
Poco favorable	4	22.2	14	77.80	0	0.00	18	100
Favorable	4	2.00	138	67.6	62	30.40	204	100



Cuadro 15 Estilo de vida y Apego al tratamiento

ESTILO DE VIDA Y ACTIVIDAD FISICA

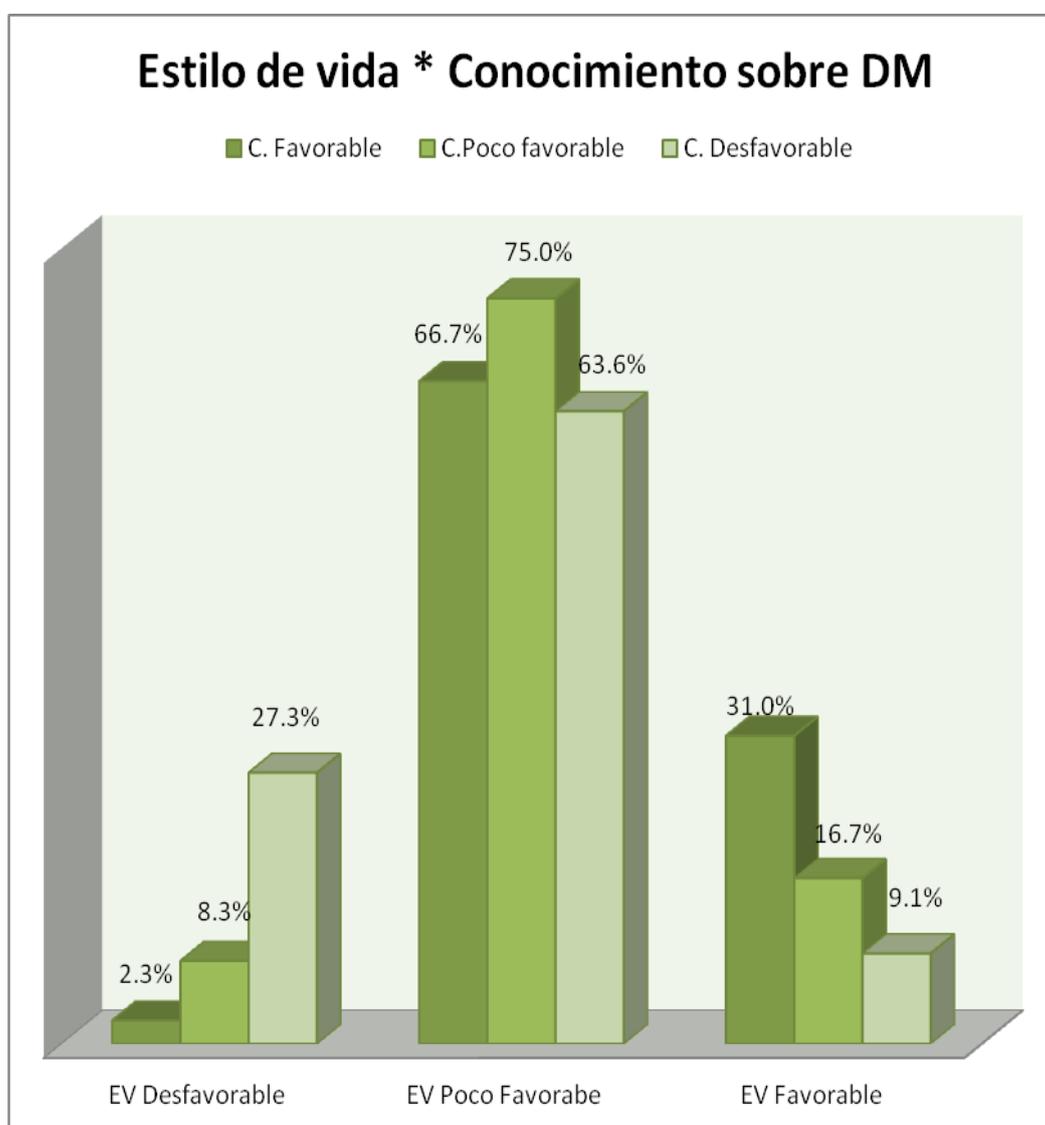
A. Física	Desfavorable EV		Poco favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	16	17.20	68	73.10	9	9.70	93	100
Poco favorable	0	0.00	47	83.90	9	16.10	56	100
Favorable	0	0.00	47	51.60	44	48.40	204	100



Cuadro 16 Estilo de vida y Actividad fisica

ESTILO DE VIDA Y CONOCIMIENTO SOBRE DM

C. sobre DM2	Desfavorable EV		Poco Favorable EV		Favorable EV		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Desfavorable	9	27.3	21	63.6	3	9.1	33	100
Poco favorable	3	8.3	27	75	6	16.7	36	100
Favorable	4	23.3	114	66.7	53	31	171	100



Cuadro 17 Estilo de vida y Conocimiento sobre DM2

DISCUSIÓN

Son pocos los proyectos de investigación realizados en el ámbito nacional sobre el estilo de vida de pacientes diabéticos, encontrándose que la Secretaria de la Defensa nacional a través del estudio realizado por el Cap. 1/o. Resendiz-de-Leijaen Roberto en su artículo del 2010 “Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2”. Encontró que más de 50% de la población seleccionó las respuestas de mayor puntuación para mejor estilo de vida; En nuestra unidad médica 25.8% de los pacientes estudiados presentan un favorable estilo de vida, esto posiblemente debido a que la población diabética en SEDENA es menor a comparación con la población derechohabiente del IMSS lo que favorece un fomento a la salud efectivo y directo permitiendo que el paciente tome decisiones acertadas que favorezcan su estilo de vida

En el análisis de Apego al tratamiento en 2001 la MC Durán-Varela Blanca Rosa en su estudio “Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2”, correspondió a 54% ;En nuestro estudio se descubrió un apego favorable con 85% esto relacionado a que en nuestra UMF los pacientes acuden con mayor regularidad a su control médico lo que permite un mejor control farmacológico y que el derechohabiente tenga a su alcance el medicamento suficiente de forma oportuna.

Dentro del apartado de Toxicomanías Corona-Hernández M y Bautista-Samperio en su artículo del 2004 “Perfil del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar de la Ciudad de México” Encontró que 92.8% no tenían antecedentes de toxicomanías lo que se asemeja en nuestro estudio donde existió un predominio de pacientes sin toxicomanías en 87.5% observándose que la promoción y protección de la salud, mediante la política nacional en materia de investigación, prevención y desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones, ha logrado el propósito de mejorar la calidad de vida de los derechohabientes.

El nivel de conocimiento que presentan los pacientes diabéticos y como puede influir en la práctica de sus estilos de vida, ya sea para mejorarla o perjudicarla es una prioridad dentro de las organizaciones de salud en 2009 Corbacho Armas Kelly en su análisis “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”; Evidencio que para pacientes con conocimiento malo, 54,4% tuvieron estilos de vida negativos; pacientes con conocimiento regular, 59,1% presentaron estilos de vida negativos; pacientes con un nivel de conocimiento bueno, 65,0% tuvieron estilos de vida positivos lo que concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio donde se encontró que de 13.8% con desfavorable conocimiento sobre Dm2, llevan un desfavorable estilo de vida 27.3% y 71.3% con conocimiento favorable, 31% llevan un favorable estilo de vida; En con traste de 15%con conocimiento poco

favorable 75 % llevan un poco favorable estilo de vida lo que nos indica que existe un alcance mayor en los sistemas de información para el paciente y su entorno, lo que permite que la balanza comience a inclinarse a poco a poco favor de un buen estilo de vida dentro de una población cada vez más educada en su patología.

La realización de actividad física regular constituye, junto con la dieta equilibrada, uno de los pilares básicos del tratamiento de la diabetes mellitus (DM). La práctica de actividad física en personas con DM, ofrece ciertos efectos beneficiosos, en cuanto al control metabólico de la enfermedad en 2007 los Doctores García Freddy y Solís José analizaron en su artículo “Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana” que 43,66% de los sujetos estudiados reportaron no realizar ninguna actividad física y 56,34% que realizaban alguna actividad física lo que contrasta con nuestro estudio donde encontramos predominio de actividad física desfavorable con 38.8% y pacientes, con actividad física favorable 37.9% Este dato es importante pues indica que nuestra población diabética es sedentaria debido a que no se ha logrado concientizar a la población sobre la importancia de llevar a cabo un régimen deportivo, además indica la ineficacia de los programas de ejercicios abiertos a la población en nuestra UMF

En cuanto al rubro apego a la dieta en 2010 Gómez Lilian Cristiane y Villas Boas¹ en su artículo “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus” refieren que la adhesión a la dieta fue baja en 69,1% de los participantes en comparación con los resultados de nuestro estudio donde encontramos que un desfavorable apego existe en solo 7.5% y 45% con favorable dieta lo que puede explicarse debido a que en nuestra UMF existe un mayor enfoque dietético dentro de la consulta de primer nivel además de contar con asistencia del servicio de nutrición se ha logrado formar una red de apoyo interinstitucional esto permite al paciente reconocer la importancia del apego a la dieta logrando sobrepasar la primera etapa de negación y resistencia a la modificación del régimen alimentación

Con todo lo anterior dentro de aplicabilidad clínica asistencial tenemos que como médicos familiares debemos orientar a los pacientes para lograr un sistema organizacional que le permita al individuo la realización de una mayor y efectiva actividad física con la realización de ejercicio cardiovascular principalmente. Una vez realizado el diagnóstico de Diabetes Mellitus se deberá enviar a los pacientes para la atención inmediata por parte del servicio de Psicología esto con el fin de evitar depresión y lograr un mejor apego al tratamiento además de que se orientara a la familia para lograr una red social efectiva en caso de crisis emocional.

Dentro de la aplicabilidad administrativa se deberán optimizar recursos dentro de las UMF para que el paciente tenga a su alcance el tratamiento necesario y puntual respectivo a su patología, el médico familiar tiene la responsabilidad de coordinar adecuadamente al equipo de salud para fomentar practicas saludables, principalmente el ejercicio, además de ofrecer al paciente una amplia gama de recursos informativos, y deberá tener el liderazgo y actualización para lograr resultados positivos inmediatos que disminuyan las complicaciones a largo plazo de la DM2

Es necesario educar a cada paciente, encontrando las fallas específicas en su apego al tratamiento proporcionándole información veraz y actualizada. Se deberá promover las prácticas saludables dentro de la UMF; Como médicos familiares y residentes se debe tener el compromiso con el desarrollo profesional fomentando la actualización, la educación médica continua y la lectura crítica de textos internacionales, se deberán evaluar los programas educativos asegurando que el residente obtenga las herramientas necesarias para el manejo adecuado y efectivo de las enfermedades crónico degenerativas.

Se deberá plantear el diseño y planeación de proyectos de investigación útiles dentro de la población derechohabiente en busca de factores que favorezcan y eviten el desarrollo de la enfermedad logrando así el conocimiento profundo de la población dentro de su contexto y efectividad terapéutica en busca de la optimización y ahorro de recursos institucionales.

Cabe señalar que una limitante del estudio es que los pacientes analizados solo fueron derechohabientes del IMSS se deberá considerar la aplicación de IMEVID a pacientes no derechohabientes para lograr un panorama más amplio en cuanto a estilo de vida; En algunos casos los pacientes no llenaron adecuadamente el cuestionario IMEVID a pesar de las instrucciones; En otros casos fue necesario eliminar algunos registros en los que se encontró la participación de un familiar que lleno el cuestionario a fin de comprobar la confiabilidad del cuestionario. Se intentó establecer esta precaución metodológica en todos los participantes, pero no siempre se contó con la colaboración de la familia. Finalmente, se incluyeron aquellos cuestionarios cuya confiabilidad era aceptable.

Finalmente conocer el estilo de vida de los pacientes diabéticos debe ser considerado como una prioridad por parte del Médico Familiar ya que nos permite visualizar integralmente al paciente permitiéndonos modificar algunos aspectos a través de prácticas saludables interviniendo satisfactoriamente en el desarrollo de la enfermedad

CONCLUSIONES.

Se concluye que el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF #8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo es poco favorable con un 67.5% de la población.

Se encuentra que el apego a la dieta es poco favorable con 46.7%.

Se identifica que la realización de actividad física en los pacientes estudiados es desfavorable con 38.8% de la población

Se encuentra que el 87.5% de la población está libre de toxicomanías.

Se descubre que existe interés por parte de los pacientes con respecto a su enfermedad con un favorable conocimiento de la Diabetes en 71.3 %

Se identifica en el presente estudio una adherencia terapéutica favorable con 85% de la población

Se encuentra un desfavorable estado de ánimo con 54.6% de la población

Se determina que de 56.3% de pacientes femeninas, 28.9% tienen un favorable estilo de vida. Y de 43.8% de pacientes masculino, 21.9% presentan el mismo estilo de vida.

Se analiza que de 87.5% pacientes sin toxicomanías 29.5% tienen favorable estilo de vida

Se identifica que de 25.4% de pacientes con favorable estado de ánimo, 50.8% tienen favorable estilo de vida

Se obtiene que de 38.8% de pacientes con desfavorable actividad física, 9.7% llevan un favorable estilo de vida y 17.2% un desfavorable estilo de vida.

Se encuentra que de 71.3% pacientes con conocimiento favorable sobre DM 31% llevan un favorable estilo de vida y 23.3 llevan un desfavorable estilo.

Se analiza que 45.8% de pacientes con favorable apego a la dieta, 52.7% tienen un favorable estilo de vida. Y de 7.5% de pacientes con desfavorable apego a la dieta, 50% llevan desfavorable estilo de vida y 0% favorable estilo de vida.

Se identifica que de 85% de pacientes con favorable apego al tratamiento 30.40% llevan un favorable estilo de vida

De acuerdo a nuestro análisis se acepta la hipótesis alterna que establece que: Los pacientes diabéticos tipo 2 presentan un poco favorable estilo de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Olaiz G. Rivera J. Shamah T, editores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- 2) Rasiova K. An update on the treatment of type 1 and type 2 diabetes mellitus: focus on insulin determine a long-acting human insulin analog. *Vascular Health and Risk Management*. 2010; (6): 399–410
- 3) Russell-M. Health Technologies for Monitoring and Managing Diabetes: A Systematic Review. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2009;(3): 1460-1471
- 4) .Aschner P. Practical steps to improving the management of type 1 diabetes: Recommendations from the Global Partnership for Effective Diabetes Management. *J Clin Pract*. 2012; (64): 305–315
- 5) Markowitz S. Treating Depression in Diabetes: Emerging findings Massachusetts. *General Psychosomatics*.2011; (52): 1–18.
- 6) Suarez. M. El medico Familiar y la atención de la familia. *Rev Paceaña Med Fam*. 2006; (4): 95-100
- 7) W. Beck R. Hemoglobin. A_{1c} and Mean Glucose in Patients With Type 1 Diabetes *Care*. 2011; (34): 4-19
- 8) Van Son† J. Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial. *Public Health*. 2011; (11):131
- 9) Kickbusch I. Life styles and healt. *Social Science & Medicine*. 1986; 22(2):117-24.
- 10)Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*. 2007; (6): 327-8.
- 11)Romero RS et al. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; (1): 91-102
- 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 Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2003; 14(4):223-225
- 13)Alarcon N. Estilo de Vida y Control Glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de una Institución de Seguridad Social de Nuevo Laredo Tamaulipas. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*.2007; (4):5-10

- 14) Corbacho K. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. Rev enferm Herediana. 2009; 2(1):26-31.
- 15) Aschner E. Horton L et al. Practical steps to improving the management of type 1 diabetes: recommendations from the Global Partnership for Effective Diabetes Management. Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract, 2010;64,(3):305–315
- 16) López J. Ariza R. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México 2003; 4(45): 259-268
- 17) Resendiz Roberto. et al. Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, con glucemia, en pacientes con diabetes tipo 2. Unidad de Especialidades Médicas, Ciudad de México. Sanidad Militar México. 2010; 64(5): 211-223
- 18) Balcázar P. Estilo de vida en personas dultas con diabetes mellitus tipo 2. Revista científica electrónica de Psicología.. 2005 Disponible en http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php#mundo
- 19) Chávez V. Aguilar. E. Aptitud clínica en el manejo de la familia en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2002; 40 (6): 477-481

ANEXOS

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación del estilo de vida de pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México Df de junio del 2011 a febrero 2014
Número de registro:	En tramite
Justificación y objetivo del estudio:	La Diabetes mellitus es una enfermedad que presenta complicaciones de diversas índoles, por lo que un favorable estilo de vida modifica de manera positiva el transcurso de la enfermedad. por lo tanto el conocimiento del estilo de vida de los pacientes diabéticos nos permitirá una visión general de su control metabólico. <u>Objetivo:</u> Evalúa el estilo de vida de pacientes diabéticos tipo 2 del HGZ/UMF #8 "Dr Gilberto flores izquierdo"
Procedimientos:	Se realizara una entrevista individual a los pacientes portadores de dm2, que acudan a la consulta externa del HGZ/UMF #8.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer su estilo de vida
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes.
Participación o retiro:	Se podrá retirar del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Colaboradores: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
HGZ/UMF #8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

"EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DEL HGZ/UMF#8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

2011-2014

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2012	2012
TITULO				X	X							
ANTECEDENTES					X	X	X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA							X	X				
OBJETIVOS									X			
HIPÓTESIS									X			
PROPÓSITOS										X		
DISEÑO METODOLÓGICO										X	X	X

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	FEB
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2014
DISEÑO METODOLÓGICO	X												
ANÁLISIS		X											
ESTADÍSTICO													
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X										
RECURSOS			X										
BIBLIOGRAFÍA			X										
ASPECTOS GENERALES			X										
ACEPTACIÓN			X										
PRUEBA PILOTO				X									
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X									
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X					
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X					
ANÁLISIS DE DATOS								X					
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X				
DISCUSIÓN DE DATOS									X				
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X			
INTEGRACIÓN Y										X			
REVISIÓN FINAL													
REPORTE FINAL											X		
AUTORIZACIONES											X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X	
PUBLICACIÓN													X

ANEXO 4

IMEVID

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses

Elija una sola opción marcando con una X en el cuadro que contenga la respuesta elegida

Le suplicamos responder todas las preguntas

Nombre _____ Sexo: F M
 Fecha _____ Edad _____ años

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

TOTAL