



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

Unidad de Medicina Familiar con Módulos de Enfermería No. 66, Apodaca, Nuevo
León

**ESTILO DE VIDA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE INFLUYE PARA EL NO
APEGO AL TRATAMIENTO DIETETICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE JUAN LONGORIA GARZA

Número de registro:
R-2011-1906-15

APODACA, NUEVO LEÓN

FEBRERO 2012



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.

**ESTILO DE VIDA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE INFLUYE PARA EL NO
APEGO AL TRATAMIENTO DIETETICO**

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

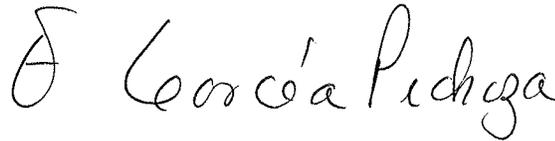
PRESENTA:

JOSE JUAN LONGORIA GARZA

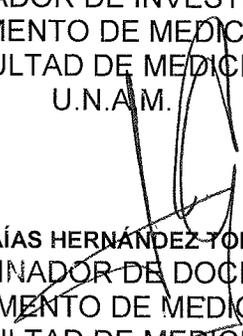
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

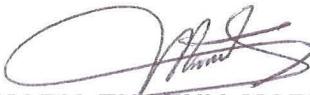
**ESTILO DE VIDA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE INFLUYE PARA EL NO
APEGO AL TRATAMIENTO DIETETICO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSE JUAN LONGORIA GARZA

AUTORIZACIONES:

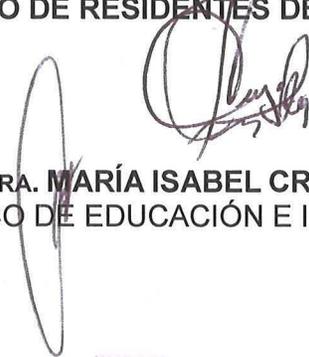


DRA. MARIA EUGENIA MARTINEZ LUNA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66
APODACA, NUEVO LEÓN



DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 66
MONTERREY, NUEVO LEÓN

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES
ASESOR TEMATICO DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR



DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



DICTAMEN DE AUTORIZADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1906
H GRAL ZONA -MF- NUM 2, NUEVO LEÓN

FECHA 13/06/2011

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Estilo de vida del diabético tipo 2 que influye para el no apego al tratamiento dietético

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2011-1906-15

ATENTAMENTE

DR.(A). ARTURO LOPEZ LARA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1906

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD GARANTADA

**Estilo de vida del diabético tipo 2 que influye para el no apego al
tratamiento dietético**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
INDICE GENERAL.

1. Título-----	1
2. Índice general-----	2
3. Agradecimientos -----	3
4. Abreviaciones e Índice de gráficas y tablas-----	4
5. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes)-----	6
6. Planteamiento del problema-----	17
7. Justificación-----	18
8. Objetivos-----	19
- General-----	19
- Específicos-----	19
9. Metodología-----	20
-Tipo de estudio-----	20
- Población, lugar y tiempo de estudio-----	20
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra-----	20
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación-----	21
- Información recolectada -----	23
- Método o procedimiento para captar la información-----	23
- Consideraciones éticas-----	24
10. Resultados-----	26
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados-----	26
- Tablas (cuadros) y gráficas-----	30
11. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados-----	47
12. Conclusiones-----	49
13. Referencias bibliográficas-----	51
14. Anexos-----	54

3. AGRADECIMIENTOS

A Dios en primer lugar por permitirme haber hecho este estudio,

A mis compañeros por soportarme durante 3 años (Dr. Cano “mi compadre”, Dra. Zandra y Dra. Sanjuanita.

A mis maestros y asesores (Dra. Isabel, Dra. Maru y Dr. Hugo).

A mis padres que desde el cielo me han estado apoyando, y cada que me acuerdo de ellos me traen recuerdos inolvidables, sobre todo cuándo mi padre me decía que nada es imposible en este mundo, cuándo se tiene el valor de hacerlo.

Pero sobre todo a mi familia (José Juan, Ednna Yurintzy, Cinthia Paola y Miguel Eduardo), los cuáles han soportado mi ausencia, habiéndome privado de parte de su crecimiento en este lapso de vida, y muy especialmente a mí querida esposa Esther, que dentro de su angustiada enfermedad, ha sabido apoyarme en estos momentos especiales de mi proceso educativo.

Mención aparte merece José Juan y Ednna (mis hijos) por ayudarme en la redacción y formación de gráficas en este documento.

4. ABREVIACIONES

dL.- decilitro

IMEVID.- Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos.

IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social.

HDL.-Lipoproteínas de alta densidad.

Hg.- Mercurio.

Hb.- Hemoglobina.

Hb1Ac.- Hemoglobina glucosilada.

LDL.- Lipoproteínas de baja densidad.

OMS.- Organización Mundial de la Salud.

Pts.- puntos.

SSA.- Secretaria de Salubridad y Asistencia.

SM.- Síndrome Metabólico.

>.- Mayor que.

<.- Menor que.

%.- Por ciento.

4. INDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

Gráfica # 1.- Diabéticos descontrolados por género.-----	pág. 28
Gráfica # 2.- Diabéticos descontrolados por estado civil.-----	pág. 29
Gráfica # 3.- Ocupación de los diabéticos -----	pág. 30
Gráfica # 4.- Nivel educativo en diabéticos descontrolados-----	pág. 31
Gráfica # 5.- Relación de número de pacientes con Hb glucosilada-----	pág. 32
Gráfica # 6.- Predominio de porcentaje con puntuación más baja por dominios del IMEVID.-----	pág. 33
Gráfica # 7.- Relación de pacientes con puntaje más alto y más bajo (o a 2 puntos) con respecto a los 7 dominios del IMEVID.-----	pág. 34
Gráfica # 8.- Género y edades en relación a IMEVID-----	pág. 35

Gráfica # 9.- Relación de estado civil con IMEVID arriba de 80 pts.-----pág. 36

Gráfica # 10.- Relación de estado civil con IMEVID debajo de 59 pts.-----pág. 36

Gráfica # 11.- Relación de estado civil con Hb glucosilada arriba de 8%----pág. 37

Gráfica # 12.-Relación de estado civil y Hb glucosilada debajo de 7.9 %----pág. 38

Gráfica # 13.- Relación entre cantidad de pacientes por ocupación e
IMEVID por arriba de 80 puntos.-----pág. 39

Gráfica # 14.- Relación entre ocupación e IMEVID por debajo de 59 pts.----pág. 40

Gráfica # 15.- Relación de número de pacientes por ocupación con Hb
glucosilada por arriba de 8%.-----pág. 41

Gráfica # 16.- Relación de número de pacientes por ocupación con Hb
glucosilada menor de 7.9%-----pág. 42

Tabla # 1.- Relación de pacientes entre educación e IMEVID por escala
de medición y porcentajes.-----pág. 43

Gráfica # 17.- Relación entre IMEVID, número de pacientes y Hb glu—
cosilada.-----pág. 44

5. MARCO TEÓRICO

La diabetes se caracteriza por deficiencias en la secreción y/o acción de la insulina, presentándose como un desorden metabólico crónico, caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre. Esta hiperglicemia crónica se asocia a muerte prematura, daño en diversos órganos, especialmente ojos, corazón y vasos sanguíneos, entre otros. Las enfermedades crónicas no transmisibles, son un problema de salud creciente a nivel mundial y nacional, constituyéndose en una gran carga social y económica, pudiendo generar diversos grados de incapacidad a la población que la padece. La presencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos mayores es favorecida por la disminución de la actividad física, el menor consumo de carbohidratos complejos, el aumento de alimentos de alta densidad energética, así como el incremento de la adiposidad con la reducción de la masa corporal magra.¹

La Organización Mundial de la Salud estima que del 2010 al 2020, el 60% de los pacientes con diabetes mellitus se encontraran en Asia, y que el número de personas con riesgo de diabetes, patología cardiovascular y diabetes mellitus establecida alcanzará un 25%, en relación con el aumento de la inactividad física y de la obesidad.²

Una revista española en el 2010 publica que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica de elevada prevalencia en la sociedad actual, con tendencia al aumento debido al sedentarismo y ausencia de una dieta equilibrada, con un elevado costo en su tratamiento e incrementándose si se complica la enfermedad. Así mismo los sentimientos emotivos son diferentes en los diferentes grupos de edad.³

En el país mencionado en el año 2009 otra revista reporta que la modernización de la sociedad conlleva cambios culturales y/o sociológicos que afectan inevitablemente hábitos y preferencias alimentarias. Ya que cada vez se dedica

menos tiempo a la compra de insumos para la elaboración de comidas, prefiriendo alimentos procesados fáciles de preparar y consumir con una gran preferencia a los de origen animal, especialmente carnes y sus derivados, así como azúcares refinados con el consecuente incremento de carbohidratos, grasas saturadas y colesterol en la dieta.⁴

En otra revista española en el 2007 reporta que el síndrome metabólico, se asocia a una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular, siendo la obesidad y el sedentarismo los factores de riesgo subyacentes de este síndrome, por tanto la modificación de los hábitos de la vida diaria es una intervención de primera línea en la prevención y tratamiento de resistencia a la insulina, la hiperglicemia, la dislipidemia aterogénica y la hipertensión arterial. El ejercicio y la reducción de peso son la clave del tratamiento, siendo la dieta para diabético una de las estrategias de reducción de riesgo cardiovascular más importante. Pugnando por dietas hipocalóricas con bajo contenido en grasas saturadas, grasas trans, colesterol y azúcares, favoreciendo el consumo de frutas, verduras, cereales no refinados y pescado.⁵

En el 2008 se publica también en España que el aumento de grasa abdominal y un índice de masa corporal por encima de lo recomendable, en pacientes con insuficiencia renal crónica con hemodiálisis y síndrome metabólico, justifican un plan específico para ellos, ya que al reducir estos factores, se reduce el riesgo cardiovascular y la resistencia a la insulina. Pero hay que tener en cuenta, la falta de adhesión de los pacientes, que puede llegar a ser alta y llevar al fracaso de los objetivos terapéuticos planeados, tanto farmacológicos como no farmacológicos.⁶

En Las islas Canarias, la diabetes mellitus es un problema de salud importante, datos publicados en el 2009 revelan que su población, sufre la mayor mortalidad en España por esta enfermedad, alcanzando índices de mortalidad 3 veces superior al resto de la población total en el género masculino y más de 3 veces en las mujeres diabéticas con respecto a las de Madrid. (Esto en el 2005).

Concluyendo que esto se debió a hábitos de vida poco saludables. Ya que su sedentarismo y obesidad son mayores que al resto de la población y solo una pequeña proporción sigue una dieta baja en grasas saturadas. Además la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres no siguen su tratamiento con regularidad. Los hombres por su mayor desconocimiento y menor adherencia al tratamiento ni siquiera dejan el tabaquismo. En tanto las mujeres presentan cifras mas bajas comparadas con otros países, respecto a la diabetes mellitus tipo 2 no diagnosticadas. Encontrando que la mitad de los hombres y la tercera parte de las mujeres siguen el tratamiento adecuadamente cuando ya hay complicaciones.⁷

Las recomendaciones internacionales, advierten la necesidad de realizar cambios en los estilos de vida (alimentación y actividad física), como medida preventiva básica para disminuir la carga global de enfermedades crónicas degenerativas.⁸

En una revista de la asociación americana del corazón en el año 2007, se publicó un estudio de evaluación sobre la circunferencia abdominal, y como impacta de manera desfavorable sobre la enfermedad cardiovascular, y la diabetes mellitus, aumentando el riesgo de morbi-mortalidad 2 veces mas que en los pacientes no diabéticos. Encontrando una incidencia de diabetes mellitus alta en la población estadounidense, siendo de un 33% para hombres y 38% para mujeres, siendo la obesidad, especialmente la abdominal un problema de Salud pública, la cuál se ha extendido a muchos países.⁹

En Buenos Aires, Argentina en el año 2009 se realizó un estudio acerca del síndrome metabólico (SM), donde se identificó precozmente a pacientes con elevado riesgo cardiometabólico, encontrando que las mujeres tienen un percentil aproximado del 50% o más que en los hombres.¹⁰

En Cuba en el año 2007 y 2008 se realizó un estudio para valorar la intervención educativa en el diabético, concluyendo que la diabetes es un

problema sanitario de enorme magnitud, que afecta a todas las capas sociales, pero más a las de bajos recursos por su diagnóstico tardío y casi nula educación diabetológica, afectando en este periodo a un 5.1% de la población mundial pudiendo llegar a 6.3% en el 2025. También reporta que las personas con diabetes necesitan revisar y actualizar sus conocimientos, ya que constantemente se están desarrollando nuevas investigaciones y mejores maneras de tratar la enfermedad, teniendo que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético, farmacológico, técnicas de autoinyección, cuidado e higiene de los pies hasta el ejercicio físico. Quedando claro que el tratamiento del diabético esta en manos del propio paciente (a su apego), ya que los profesionales de la salud solo somos asesores y colaboradores de ellos por tanto el éxito depende de los mismos pacientes, al desarrollar destreza, comprensión, motivación y sobre todo que hayan aprendido a convivir y a actuar con su enfermedad. Por ello el cuidado, así como la educación son un binomio integral en estos pacientes. Sin embargo es difícil encontrar un sistema de salud que ponga igual énfasis tanto a nivel educativo como a nivel de diagnóstico y tratamiento farmacológico, aún a sabiendas que la educación sistemática y organizada, disminuye mortalidad, complicaciones y costos de esta enfermedad. En resumen la educación en el diabético es un componente especial para la prevención de complicaciones, y junto al tratamiento farmacológico, hay que proporcionar los estímulos necesarios para efectuar un cambio radical en su estilo de vida.¹¹

En el 2009 un artículo chileno reportó al sedentarismo como una de las condicionantes en la población, que no deja de ser importante, ya que favorece malnutrición en exceso, por el bajo gasto energético, y que junto a ingestión alimentaria normal o elevada, aumenta la pandemia en la que se ha convertido la obesidad. Considera también, que el sedentarismo es frecuente durante la adolescencia, moldeando al próximo adulto a llevar en el futuro los mismos hábitos de vida.¹²

Una revista chilena en el 2008, reporta que de acuerdo a la OMS, (en el 2004), la no adherencia a los tratamientos debe ser considerada un problema de salud pública. Reportando un 50% de no adherencia al tratamiento con pobre control metabólico en diabéticos tipo 1, con las consecuentes complicaciones a corto plazo de microangiopatía, (neuropatía, retinopatía, microalbuminuria, o franca insuficiencia renal etc.) y macroangiopatía, (enfermedad coronaria, infarto al miocardio, enfermedad cerebrovascular, obstrucción carotídea, y de extremidades inferiores, entre otras). Siendo común que el adolescente diabético se sienta invulnerable a las complicaciones a largo plazo de la enfermedad. Se corrobora lo anterior al señalar que diabéticos entre 10 y 19 años tienen un menor apego conforme aumenta su edad, asociándolo a estrés psicosocial, influencia parental y/o a diversos trastornos de adaptabilidad, o psicológicos, informando que a mayor estrés hay peor control metabólico. Considerando que el estrés puede actuar vía sistema neuroendocrino, (secreción de cortisol, noradrenalina, etc.) o alterando la adherencia a las conductas pilares del tratamiento (insulinoterapia, dieta, ejercicio, etc.). Se tomó como parámetro la Hb 1 Ac reportando, buen control el valor debajo de 7%, satisfactorio entre 7 y 9% y malo arriba de 9% de acuerdo al DCCT. (The diabetes control and complications trial research Group). Vale la pena destacar que los pacientes se motivaron a mejorar su control metabólico al conocer los resultados de sus exámenes de laboratorio.¹³

En el 2006 una revista chilena publica, que el principal problema nutricional de este país es el exceso de peso, con una prevalencia creciente desde los primeros años de vida, en menores de 6 años es del 7.1%, aumenta a 17% en escolares de primer año básico y supera el 25% en adultos y adultos mayores. Más de la mitad de la población nacional se encuentra en exceso de peso si incluimos el sobrepeso. Siendo los costos para la familia, la sociedad y los sistemas de salud cuantiosos, no solo por las muertes y la carga de enfermedades, sino por las discapacidades y calidad de vida de la población. Estimaciones de la OMS señalan que la erradicación de la obesidad reduce cerca del 60% la prevalencia de diabetes mellitus tipo2, un 20% la enfermedad coronaria y accidentes vasculares

cerebrales y casi un 30% la hipertensión arterial. Así mismo que la actividad física moderada reduciría 30% las muertes por enfermedad coronaria, 25% por diabetes y cáncer de colon, 12% cáncer de mama, 15% accidente vascular cerebral y 10% fractura de cadera.¹⁴

Una revista de salud pública en Colombia en el año 2008, reporta a la diabetes mellitus como la novena causa de muerte de la población en general, con una tasa de 2,3 por cada 100 000 habitantes, y una prevalencia de 8.9 % en mayores de 30 años específicamente en la provincia de Cartagena de Indias. Por ello se ha decidido dar prioridad a los programas nacionales de prevención, tratando de que los pacientes sostengan cifras de glicemia lo mas cercano posible a los valores normales. De lo anterior surge el concepto de adherencia, la cuál es la acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, mediante el desarrollo de un proceso de responsabilidad compartida entre el paciente y los profesionales de la salud. Encontrando que en los países desarrollados, la adherencia es aproximadamente del 50 % en los tratamientos a largo plazo, siendo menor en los países en vías de desarrollo donde solo uno de cada tres pacientes sigue correctamente las indicaciones de su médico, con una repercusión económica considerable, sobre todo cuando se agregan las complicaciones macro y microvasculares.¹⁵

En un estudio mexicano en diciembre del 2004 se considero a la adherencia terapéutica, como la medida del comportamiento de las personas ante la ingestión del medicamento, el seguimiento de una dieta, los cambios de hábitos y el estilo de vida, así como de las medidas que corresponden a las recomendaciones establecidas por el personal de salud. Siendo frecuente que el diabético abandone su tratamiento cuando se siente bien, retomándolo cuando reaparecen los síntomas, ya que la diabetes es manejada en un 95% por el paciente.¹⁶

En un editorial del IMSS en el 2007 se hace hincapié en que se pueden evitar las complicaciones de la diabetes mediante el estricto control de la enfermedad ,

que consiste en lograr una tensión arterial de 130/80 mm de Hg, glicemia en ayunas menor de 115 mg/dl, hemoglobina glucosilada menor de 7%, colesterol total menor a 200 mg/dl, colesterol HDL igual o mayor a 40 mg/dl en hombres e igual o mayor a 50 mg/dl en mujeres, colesterol LDL menor de 100 mg/dl y triglicéridos menor de 150 mg/dl. Agregando exámenes periódicos de retina, de los pies, de riñón (mediante proteinuria en exámenes de orina), así como el cuidado de la dentadura y suprimiendo el habito de fumar entre otros factores nocivos. Por tanto la clave para un buen control del problema estriba en cambiar los estilos de vida, ya que se ha demostrado que la población actual ha incrementado el consumo diario de calorías, mientras que ha disminuido la actividad física, reflejándose en la encuesta nacional de salud, con un aumento del 60% al 69% en sobrepeso y obesidad del 2000 al 2005. En México se estima que el sobrepeso y la obesidad ocasionan anualmente más de 50 mil muertes, requiriendo el paciente motivación para cambiar estilo de vida, así como confianza en la efectividad de los programas propuestos, informando al diabético las metas que debe lograr en cuanto al peso, la cintura y las cifras de glicemia y/o de hemoglobina glucosilada en los exámenes de control.¹⁷

Así mismo otro estudio mexicano publicado en Chile en el 2010 (en el Estado de Sonora) reporta que la diabetes ha alcanzado proporciones epidémicas, mencionando que del año 2000 al 2004 la tasa de morbilidad por cada 100 000 habitantes se incrementó poco más del 70% pasando de 287.2 a 384.0 casos respectivamente (SSA), así en el período 2000 al 2010 se ubica junto con la cardiopatía isquémica como una de las tres principales causas de muerte en personas adultas. Y siendo la diabetes una enfermedad crónica y excesivamente costosa se ha vuelto una prioridad el diseño, la instrumentación y la evaluación de programas de intervención interdisciplinarios dirigidos a reducir estos costos, así como mejorar el nivel de vida de estos pacientes a través de dos vías: primero, previniendo su aparición en población vulnerable por ejemplo en personas con sobrepeso, obesidad o con antecedentes familiares de diabetes, y segunda, promoviendo la práctica de la adhesión al tratamiento incluyendo el ejercicio físico

dosificado, la adopción de una dieta, el monitoreo permanente de los niveles de glucosa sérica, el consumo de medicamentos o la inyección de insulina. En esta última vía una considerable cantidad de estudios, ha establecido que diferentes variables predicen la práctica de la adhesión al tratamiento, destacando por un lado la edad, el género y el nivel educativo y por el otro, el lugar de control, la autoeficacia, la depresión, el estrés y el apoyo de redes sociales en sus modalidades informativo y emocional principalmente. Un último elemento de esta vía es el motivacional, entendiéndose como querer hacer algo en situaciones socialmente valoradas, previos estímulos positivos, facilitando a futuro una mejor adherencia terapéutica.¹⁸

En un estudio sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus en la ciudad de México, publicado en España en el 2006, manifiesta que la asistencia de las personas a las sesiones educativas, tiene poco o ningún efecto en su salud, sin el seguimiento correspondiente del personal de salud para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y sobre todo un reforzamiento continuo de la motivación dirigida hacia el logro de un estado óptimo de salud. Y que esta enfermedad crónica no transmisible de origen multifactorial ha cobrado importancia epidemiológica sin precedentes por el cambio de hábitos alimenticios, incremento del sedentarismo y una mayor esperanza de vida, siendo la aplicación eficaz de programas educativos para conseguir una mayor adherencia a estilos de vida saludable, parte de la solución a esta problemática, concluyendo que la adherencia es un proceso lento y continuo que resulta de la conjunción de la información clara y sencilla, también se encontró que algunas de las causas principales de no adherencia son la baja escolaridad y la falta de información sobre la enfermedad, factores que pueden ser modificables con educación, habiendo de analizar las necesidades de cada paciente, eliminando las recomendaciones estereotipadas ya que algunas personas desprecian el efecto de las conductas saludables, como el ejercicio, dieta, control de estrés y/o depresión. Observando que mostrar preocupación, interés y empatía hacia el usuario favorece el acercamiento de los pacientes a los servicios de salud, incrementando

con ello las cifras de adherencia. Sin embargo la falta de apoyo familiar se manifestó frecuentemente, sobre todo en la preparación de diferentes platillos o comer a distinto horario, como coadyuvantes para el cuidado de la salud, o que desgraciadamente aún se tiene la idea que llevar un buen plan alimentario significa comer menos, sin que esto signifique la incorporación de frutas, verduras o fibra en la comida. Además los malos hábitos alimenticios, como la ingesta elevada de grasas y carbohidratos, están fuertemente arraigados, a la par se esta perdiendo la costumbre de comer en casa. Y no contaron con ideas para diseñar un menú de acuerdo a su presupuesto y disponibilidad de alimento en la comunidad. Por otro lado no realizaron ejercicio en forma regular al referir que sus problemas de salud, asociados a la diabetes se lo impidieron, aunado a exceso de actividades en el hogar o en su trabajo, a pesar de saber la importancia de este, para limitar el daño de la enfermedad o para controlar el peso. Este estudio también reveló que el estado de ánimo, el enojo, el mal manejo de sentimiento y el pobre control de estrés repercuten en el control del estado de salud. En resumen la educación para la salud ha demostrado ser una herramienta que debe seguir impulsándose y perfeccionándose debido a la eficacia y bajo costo que constituye para la prevención y control metabólico en la diabetes mellitus pero que nada vale sin el seguimiento correspondiente para realizar asesorías, aclaraciones, actualizaciones y reforzar la motivación necesaria para conseguir la meta de salud, y considerando que la mujer es quien se hace cargo tradicionalmente de la salud familiar se sugiere reforzar el papel femenino como agente de cambio para la modificación de hábitos insanos, principalmente en lo relacionado a alimentación.¹⁹

En México en el 2005 se publicó un estudio que se realizó en Puebla acerca de los factores clínicos y psicosociales relacionados con la percepción global y subjetiva de la calidad de vida de diabéticos, donde los resultados muestran que estos influyen poco y que los pacientes dependen de cómo viven la enfermedad más que de sus características.²⁰

Revisando programas de prevención reportados, se generó un documento llamado “Declaración de Acapulco” avalado por la sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología y de otras sociedades nacionales e internacionales en el cual se exhorta a la población general a tomar una actitud proactiva en la prevención de la diabetes.²¹

En un estudio mexicano publicado en Colombia en el 2009, reportan que en nuestro país, como en muchos otros, la familia representa la unidad básica de la sociedad, y que sus miembros se interrelacionan por años, compartiendo fortalezas y debilidades, conociéndose profundamente a si mismos. Sin embargo por los cambios sociales y la transición demográfica, aparecen nuevos roles, tanto masculinos como femeninos, que hacen que se modifique la estructura y dinámica familiar, pudiendo haber cambios que afecten su estabilidad. La función familiar, se afecta sobre todo cuando el adulto mayor depende física y emocionalmente del resto de los miembros de la familia, por su mayor susceptibilidad a desarrollar padecimientos crónicos. Concluyendo que la familia sobre todo si es funcional, sigue siendo la principal fuente de apoyo para este grupo de edad, contribuyendo al bienestar emocional de los mismos, encontrando también que la mujer es el cuidador principal de los familiares enfermos, y que son ellas las que presentan mayor deterioro de salud, a consecuencia de las enfermedades degenerativas asociadas al envejecimiento.²²

En otro estudio mexicano pero publicado en Brasil en el 2008 concluye que dar afecto, cariño, ayuda y motivación al paciente diabético de parte de redes sociales y familiares, refuerzan su responsabilidad al tratamiento. Así la familia cuida de sus enfermos, selecciona y prepara alimentos, asean al paciente y su entorno domestico provocando que en presencia de enfermedades como la diabetes se lleve un buen control metabólico, si a esto le agregamos un equipo medico bien informado mejoraremos su autocuidado enormemente. Esto debe fomentarse en cualquier institución de salud desde el principio de la enfermedad, sobre todo en pacientes mal controlados.²³

Otra revista mexicana en el 2009 refiere que los pacientes diabéticos tipo 2 que cuentan con redes de apoyo familiar, tienen una mejor calidad de vida, recibiendo de esposas e hijas, siendo las mujeres las que menor apoyo tienen. Esto hace necesario que el equipo de salud promueva el apoyo familiar de los pacientes, para que logren un mejor control de su enfermedad, ya que la mayoría asiste sin acompañante a la consulta, enfrentando dificultades desde la salida de su casa, hasta el entendimiento de las indicaciones medicas, las cuales posiblemente influyan en el mal control de la diabetes y su deficiente calidad de vida. Proponiendo a las autoridades institucionales de salud la formación de grupos de apoyo familiar para un mejor control metabólico, menor limitación física, retardo en la aparición de las complicaciones secundarias a la enfermedad, disminución del ausentismo laboral, menos incapacidades, menor gasto en medicamentos, menos ingresos hospitalarios y mejor calidad de vida. Y que la promoción debe iniciarse desde etapas tempranas de la vida, para un beneficio a futuro de cualquier enfermedad crónica.²⁴

En Nuevo León en el año 2001 se realizó un escrutinio transversal, de pacientes con diabetes en una clínica de medicina familiar del Seguro social donde la calidad de vida se evaluó con una escala global verbal, concluyendo que aparentemente los factores clínicos influyen poco sobre la calidad de vida.²⁵

Debido a los antecedentes, es necesario aplicar un instrumento ya validado que mida los estilos de vida, que será útil para valorar, en que parámetro del estilo de vida, esta el paciente alterado.

En el año 2003, López J, y Araiza C, en México, realizaron un estudio para desarrollar un instrumento, siendo específico para medir estilo de vida en diabéticos tipo2, con validez de contenido y de consistencia, llamándolo IMEVID. El cuál será utilizado en nuestro estudio.²⁶

6. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

En base a la elevada frecuencia de pacientes diabéticos, así como a la tendencia de que en el futuro sea mayor, tanto a nivel internacional como nacional, dado los cambios de estilos de vida, así como el no tener apego a la dieta estipulada, y que a pesar de tomar el tratamiento médico indicado para esta patología, no logran su control metabólico. Y de que dentro de la atención médica en el primer nivel, se ha aumentado en forma importante la consulta por las complicaciones de los pacientes diabéticos, los cuales no tienen apego al tratamiento dietético.

Se ha observado en la consulta externa de la unidad medicina familiar No. 14, de Cadereyta, Nuevo León, que a pesar de existir campañas a nivel nacional, institucional y local para evitar complicaciones en los pacientes diabéticos tipo 2 no ha sido posible abatir los índices de morbimortalidad, secundario a una falta de apego a la dieta .

Por esta razón se realizó un estudio para determinar el estilo de vida que influye en el no apego al tratamiento dietético.

Por lo anterior y debido a que no existe en esta unidad un antecedente de investigación que indique el estilo de vida que interviene para la falta de apego al tratamiento dietético de esta población, nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cual es el estilo de vida de los diabéticos tipo 2 que influye para el no apego al tratamiento dietético?

7. JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus tipo 2 ha tenido un crecimiento del 25% con respecto al porcentaje de hace 2 años, a nivel mundial tiene consecuencias irreparables con respecto a las complicaciones vasculares, neurológicas, así como a nivel renal y de retina.

Pese a los esfuerzos de los diferentes organismos como la OMS, así como diferentes organizaciones en todos los países, aquí en México, la Secretaria de Salud e IMSS, llevan a cabo múltiple y diversas campañas para diagnosticar y tratar en forma oportuna la diabetes, así como estilo de vida que influye en la falta de apego del paciente.

Los estilos de vida intervienen en forma importante para que los pacientes tengan un buen apego al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.

Dentro de la población de la Unidad de Medicina Familiar No.14 en Cadereyta Jiménez Nuevo León, actualmente tenemos 2835 pacientes diabéticos. De los cuales el 40% se encuentran con diabetes descontrolada.

Por lo anterior es importante determinar cual estilo de vida interviene para el no apego al tratamiento dietético y al no haber un estudio previo en la unidad, se decide realizar esta investigación.

8. OBJETIVOS

Objetivo general.

Identificar el estilo de vida que afecta a la falta de apego para el tratamiento dietético, de pacientes diabéticos tipo 2.

Objetivos específicos:

- a).-Conocer que género tiene un mayor desapego al tratamiento.
- b).-Identificar el estado civil.
- c).-Determinar el tipo de ocupación.
- d).-Identificar el nivel educativo.
- e).-Determinar cual es el estilo de vida más frecuente que afecta al no apego dietético.

9. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo.

La población de estudio, fue la población diabética tipo 2 descontrolados, con cifras de hemoglobina glucosilada de 7% y más, que tuvieran entre 40 y 70 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 14, que acudieron a la consulta externa para la atención y control de su enfermedad en un período comprendido de 3 meses (agosto, septiembre y octubre) del 2011. A los cuales se les aplicó un cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud, llamado Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), específico para diabéticos tipo 2, él cuál tiene una validez de contenido de 0.91% y 0.95 % de constructo, este consta de 25 ítems, cada uno se califica en 0, 2 y 4 puntos según la respuesta obtenida y se dividen en 7 dominios (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento al tratamiento). Así como datos sociodemográficos, y valores de hemoglobina glucosilada.

Previo cálculo del tamaño de la muestra para población finita (con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%),

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión:

- 1.- Diabéticos, de 40 a 70 años de edad, que acepten participar.
- 2.- Hemoglobina glucosilada de 7% y más.
- 2.- Derechohabientes que estén adscritos a la unidad.
- 3.- Sin complicaciones.
- 4.- Que acepte firmar carta de consentimiento Informado.

b) Criterios de exclusión:

- 1.- Que tengan alguna discapacidad para contestar los cuestionarios.
- 2.- Que tengan diagnóstico de depresión y/o con tratamiento antidepresivo.

c) Criterios de eliminación:

- 1.- Cuestionarios con información incompleta.

VARIABLES				
Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
VARIABLE DE CONTROL	Sexo	Conjunto de caracteres orgánicos, determinados genéticamente, cuya estructura, forma y función diferencian a los individuos en dos grupos, masculino y femenino.	-Femenino -Masculino	Nominal Encuesta
	Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	1.- Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5.Unión Libre	Nominal Encuesta
	Ocupación	Trabajo, empleo u oficio.	1. Ama de casa 2. Campesino 3. Obrero o técnico 4. Profesionista	Nominal Encuesta
	Nivel Educativo	Escolaridad máxima de una persona al momento de realizar el estudio.	1. Analfabeta: No saber leer y escribir. 2. Primaria incompleta: A ver cursado en ella sin terminarla. 3. Primaria completa: Terminar todos los grados. 4. Secundaria incompleta: A ver cursado en ella sin terminarla. 5. Secundaria completa: Terminar todos los grados. 6. Preparatoria incompleta: A ver cursado en ella sin terminarla. 7. Preparatoria completa: Terminar todos los grados. 8. Universidad incompleta: A ver cursado en ella sin terminarla. 9. Universidad completa: Terminar todos los grados.	Ordinal Encuesta
VARIABLE DEPENDIENTE	Estilo de vida	Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que pueden ser, o no, saludables.	Instrumento de medición IMEVID que consta de 25 ítems y mide estilos de vida. El cuál tiene 7 dominios, entre los cuáles se incluyen nutrición, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, información de diabetes mellitus, emociones y adherencia terapéutica. Con una calificación máxima de 100. cada pregunta se evalúa con 0, 2 y 4 puntos	Nominal Adecuado arriba de 80 puntos. Regular de 60 a 79. Y malo debajo de 59. Cuestionario IMEVID

PROCEDIMIENTOS PARA CAPTURAR INFORMACION

Previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 1), se realizaron 326 cuestionarios por las asistentes médicas de 11 consultorios previamente seleccionadas y aleccionadas, aplicando el instrumento IMEVID (anexo 2) a los diabéticos tipo 2 que cumplieron con los criterios de inclusión, el cual consta de 25 preguntas cerradas. Además se obtuvieron datos sociodemográficos (por los pacientes), y valores de hemoglobina glucosilada del expediente clínico (anexo 3). Posteriormente se vaciaron los resultados de cada uno, al paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows para el procesamiento de datos. Se utilizaron estadísticas descriptivas para determinar frecuencias y porcentajes, así como el uso de la X^2 para ver frecuencias de distribución. En donde se categorizaron pacientes por género, estado civil, ocupación, nivel educativo, estilo de vida y el no apego al tratamiento dietético, teniendo como base el valor de la hemoglobina glucosilada por arriba del 7%.

CONSIDERACION ETICA

Para la realización del presente estudio se respetaran las normas institucionales, nacionales y los acuerdos de la declaración de Helsinki, modificada en Tokio sobre investigación biomédica no terapéutica en sujetos humanos la cual nos dice:

El principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25). Y que la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), la probabilidad razonable de un beneficio en la población estudiada (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y una supervisión de un comité correctamente convocado (Artículo 13). El protocolo deberá contemplar temas éticos e indicar su relación con la Declaración (Artículo 14). Los estudios deberán ser discontinuados si la información disponible indica que las consideraciones originales no son satisfactorias (Artículo 17). La información relativa al estudio debe estar disponible

públicamente (Artículo 16). Las publicaciones éticas relativas a la publicación de los resultados y la consideración de potenciales conflictos de intereses (Artículo 27). Las investigaciones experimentales deberán compararse siempre en términos de los mejores métodos, pero bajo ciertas circunstancias un placebo o un grupo de control deberá ser utilizados (Artículo 29). El interés del sujeto después de que el estudio finaliza debería ser parte de un debido asesoramiento ético, así como asegurarle el acceso al mejor cuidado probado (Artículo 30). Cuando se deban testear métodos no probados se deben probar en el contexto de la investigación donde haya creencia razonable de posibles ventajas para los sujetos (Artículo 32).

Por su diseño este estudio no afecta la integridad física ni psicológica de la persona encuestada en el mismo, solo en caso de que alguno de los encuestados no acepte en forma voluntaria participar en la investigación, no se le obligara de ninguna forma a hacerlo. Se dará carta de consentimiento informado (anexo I) a los pacientes seleccionados.

10. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, analítico de frecuencia, prospectivo, a pacientes diabéticos tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 14 del IMSS de la ciudad Cadereyta Jiménez Nuevo León, en la cual participaron 326 pacientes con hemoglobina glucosilada por arriba del 7%, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, y previa firma de consentimiento informado se encontraron los siguientes resultados, a través de datos sociodemográficos y del cuestionario IMEVID (ya validado).

Por género se encontraron a 197 (60%) mujeres y 129 (40%) hombres con Hb Glucosilada por arriba de 7%, (Gráfica número 1).

Se encontró por su estado civil a, solteros 6 (2%), casados 230 (70%), viudos 62 (19%), divorciados 24 (19%), y unión libre 4 (2%). Como podemos ver la mayoría son pacientes casados. (Gráfica Número.2).

En cuanto a su ocupación, predominaron las amas de casa con 175 (54%), campesinos 42 (13%), obreros o técnicos 97 (30%), y los profesionistas ocuparon el último lugar con 12 (3%). (Gráfica Número 3).

En la variable de educación, la mayor población estuvo a nivel de primaria incompleta con 120 pacientes (38%). Le siguió en orden descendente el nivel de primaria y secundaria completa con 73 (22.5%) cada una, luego la preparatoria completa con 20 (6%), le siguieron los analfabetas con 11 (3%), la preparatoria incompleta con 10 (3%), la secundaria incompleta y la universidad completa con 8 (2%) cada uno y por último la universidad incompleta con 3 (1%) de los pacientes. (Gráfica Número 4).

En relación a número de pacientes con valores de Hb Glucosilada encontramos que 113 (34.6%) tenían 7%, 13 (5.5%) de ellos 7.5%, 130 (39.8%) con 8%, 4 (1.22%) con 8.5%, 50 (15.3%) con 9% y 11 (3.38%) con una Hb de 10% (Gráfica Número 5).

En lo que respecta a un mal control en los dominios del IMEVID, lo que predominó fue falta de información sobre diabetes en 47 pacientes (51%), así como falta de actividad física en 21 (23%) de ellos seguidos de, consumo de tabaco en 11

(12%), control de emociones en 7 (8%), consumo de alcohol en 5 (5%), nutrición en 1 (1%) y por último adherencia terapéutica con 0 pacientes. (Gráfica Número 6). En contraparte los dominios en orden descendente donde hubo un mejor puntaje fue en consumo de tabaco con 280 pacientes, consumo de alcohol con 261, adherencia terapéutica 139, emociones 49, información sobre diabetes 36, actividad física con 12 y por último información sobre nutrición con 9 (Gráfica Número 7).

Se constató que en cuanto a la edad de los pacientes, relacionado con su puntaje IMEVID, la mayoría de los diabéticos tipo 2, en este estudio, se encuentra por arriba de los 59 años, con un total de 172 personas, 93 pacientes fueron del género femenino y 79 del género masculino, de los cuáles 28 de ellos tenían un puntaje arriba de 80, 25 individuos por debajo de 59 y 119 entre 60 y 79. Los pacientes menores de 50 años fueron un total de 68, divididos en 22 hombres y 46 mujeres, de los cuáles 35 tenían de 60 a 79 puntos, 19 arriba de 80 y 14 menos de 59, confirmando con esto que la mayoría de nuestros pacientes, tanto los menores de 50 años como los mayores de 59, están en un rango intermedio (regular estilo de vida) del puntaje IMEVID entre 60 y 79 puntos. (Gráfica Número 8).

En la relación estado civil e IMEVID encontramos lo siguiente, de 6 solteros 1 (1%) estaba arriba de 80 y 2 (3%) por debajo de 59, de 230 casados 57 (79%) por arriba de 80 y 38 (65%) por debajo de 59. De 62 viudos 12 (16%) arriba de 80 y 9 (15%) por debajo de 59. De 24 divorciados 2 (3%) por arriba de 80 y 9 (15%) por debajo de 59. De 4 pacientes que vivían en unión libre (1%) estaba arriba de 80 y 1 (2%) por debajo de 59 (Gráfica Número 9 y 10).

En lo que respecta a estado civil y Hb glucosilada (mayor de 8 y menor de 7.9% se encontró lo siguiente de 6 solteros 4 (4%) estaban por arriba de 8 y 2 (1%), por debajo de 7.9; De 230 casados 45 (39%) por arriba de 8 y 185 (87%) por debajo de 7.9; de 62 viudos 40 (36%) por arriba de 8 y 22 (10%) por debajo de 7.9; de 24 divorciados 20 (18%) por arriba de 8 y 4 (2%) por debajo de 7.9%; y por último de 4 pacientes en unión libre 3 (3%) de ellos estaban arriba de 8 y 1 (0%) por debajo de 7.9 (Gráfica Número 11 y 12).

En lo que respecta a la relación entre ocupación e IMEVID, se encontró que de 175 amas de casa 36 (21%) de ellas tenían arriba de 80 puntos y 21 (36%) debajo de 59. De 42 campesinos 8 (19.0%) estaban arriba de 80 y 8 (14%) por debajo de 59. De 97 obreros o técnicos 14 (15%), estaban arriba de 80 y 27 (45%) debajo de 59. Por último de 12 profesionistas 5 (42%) tenían arriba de 80 y 3 (5%) debajo de 59. (Gráfica Número 13 y 14).

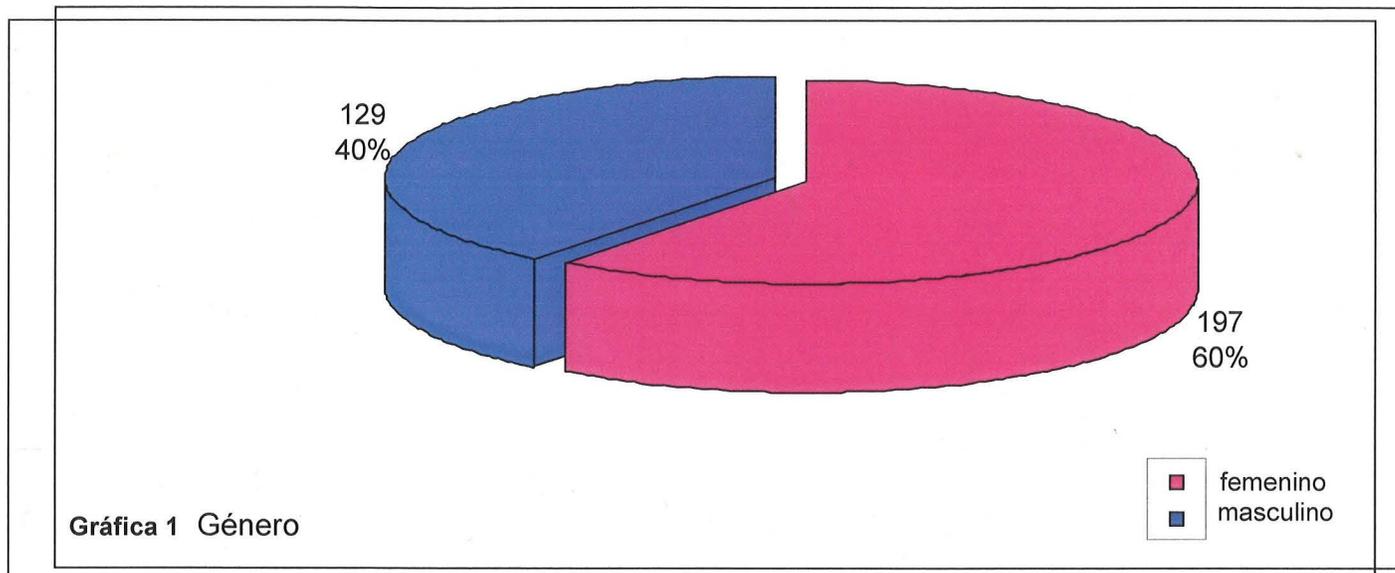
Dentro de la relación entre número de pacientes por ocupación y Hb glucosilada (por arriba de 8 y por debajo de 7.9%) encontramos que de 175 amas de casa 104 (59.4%) estaban por arriba de 8 y 71 (40.6%) menos de 7.9%. De 42 campesinos 21 (50%), por arriba de 8 y 21 (50%) por debajo de 7.9%. De 97 obreros o técnicos 65 (67%) estaban por arriba de 8 y 32 (33%) por debajo de 7.9%. y de 12 profesionistas 5 de ellos (41.6%) estaban arriba de 8 y 7 (58.4%) por debajo de 7.9%. (Gráfica Número 15 y 16).

En la variable de educación, en relación con el IMEVID la mayor población estuvo a nivel de primaria incompleta con 120 pacientes (38%), de los cuales 23 (19.2%) de ellos tenían un puntaje mayor de 80, 76 pacientes (63.3%), tenían un puntaje de 60 a 79, y solamente 21 (17.5%) tenían por debajo de 59 puntos lo cuál quiere decir que la mayoría de ellos tienen un comportamiento regular en su estilo de vida. Le siguió en orden descendente el nivel de primaria y secundaria completa con 73 (22.5%) cada una, luego la preparatoria completa con 20 (6%), le siguieron los analfabetas con 11 (3%), la preparatoria incompleta con 10 (3%), la secundaria incompleta y Universidad completa con 8 (2%) cada uno y por último la Universidad incompleta con 3 (1%) de pacientes. Dentro de el grupo de universidad terminada en relación con el IMEVID se encontró que de un total de 8 pacientes, 5 de ellos (62.5%) tuvieron arriba de 80 puntos, 2 más (25%) abajo de 59 y solo 1 paciente (12.5%) tenían un puntaje regular entre 60 y 79. (Tabla Número 1).

Relacionando los niveles de hemoglobina glucosilada, con el número de pacientes y los extremos del cuestionario IMEVID, se demostró que 61 de ellos tenían una puntuación arriba de 80 (adecuado estilo de vida); de los cuales 59 tenían una Hb glucosilada debajo de 8%, los dos restantes estaban arriba de 8. Debajo de 59

puntos (mal estilo de vida), encontramos a 59 pacientes, 36 de ellos con Hb glucosilada arriba de 9%, 10 más arriba del 10% y 13 arriba del 8%. El resto de los pacientes (206), se encontraron entre 60 a 79 puntos (estilo de vida regular), en ellos no se graficó la Hb glucosilada, por considerar que los promedios del puntaje del cuestionario por arriba de 80 (lo deseado) y por debajo de 59 (lo no deseado) dieron cifras indicativas suficientes para el estudio. (Gráfica Número 17).

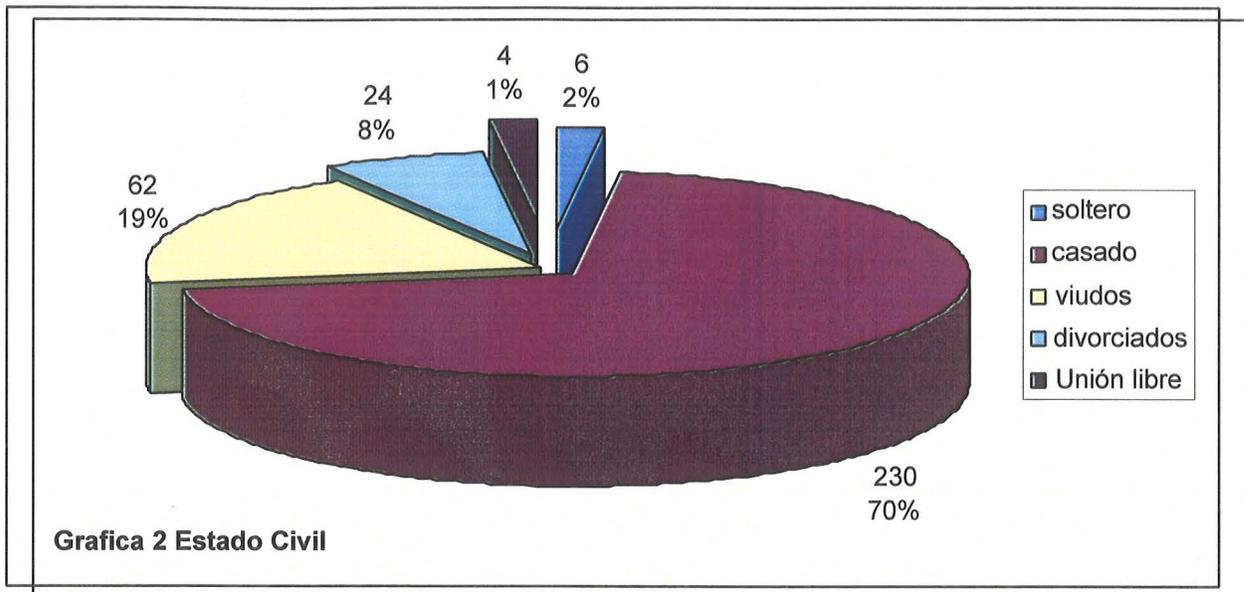
Tablas y Gráficas



Gráfica Número 1: Diabéticos descontrolados por género.

En la gráfica mostrada hay predominio del género femenino con 197 (60%), sobre el género masculino con 129 (40%) pacientes.

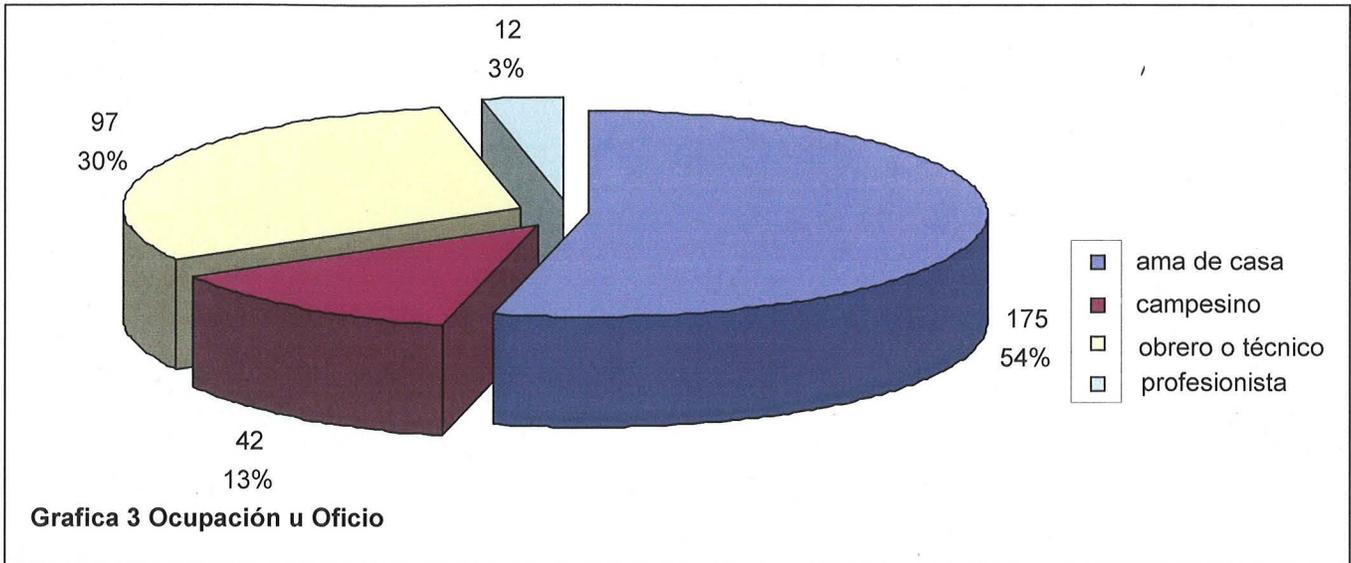
Fuente: Encuesta.



Gráfica número 2: Diabéticos descontrolados por estado civil.

Esta gráfica muestra predominio de pacientes casados con 230 (70%), seguido en orden descendente por 62 (19%) viudos, 24 (8%) divorciados, 6 (2%) solteros y 4 (1%) que viven en unión libre.

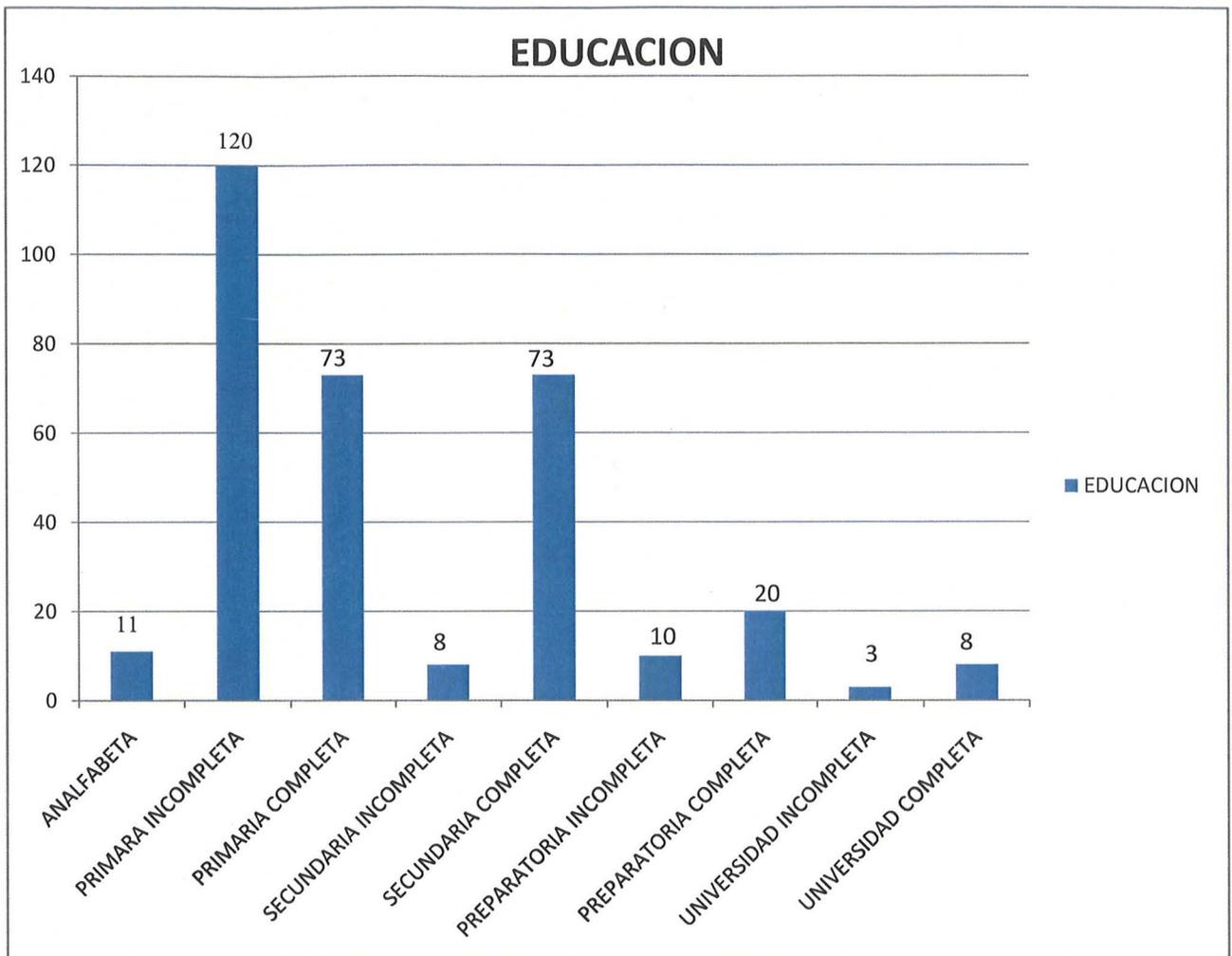
Fuente: Encuesta



Gráfica número 3.- Ocupación de los diabéticos descontrolados.

Aquí se aprecia que en base a su ocupación, predominaron las amas de casa con 175 (54%), obreros o técnicos 97 (30%), campesinos 42 (13%), y los profesionistas ocuparon el último lugar con 12 (3%).

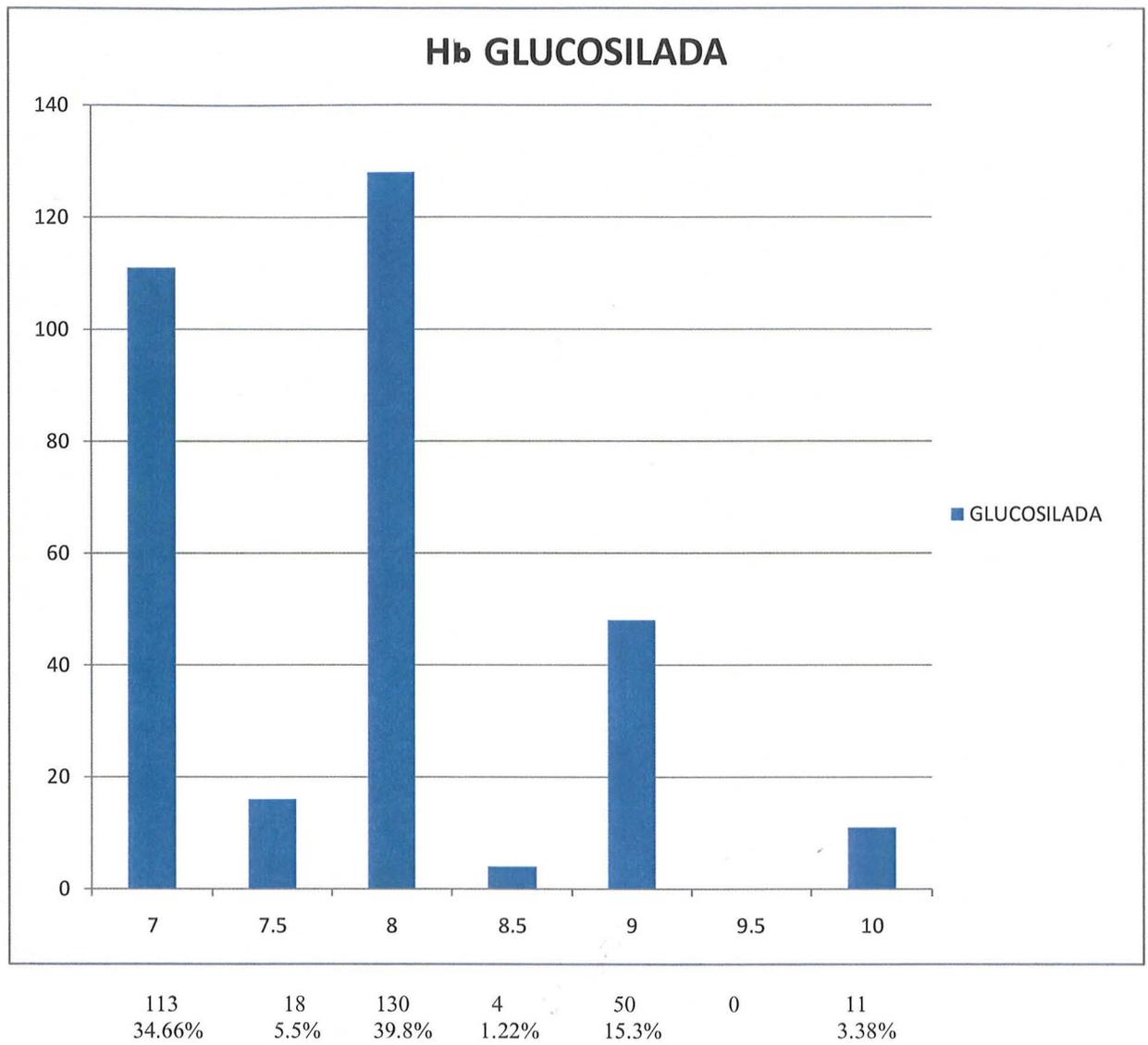
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 4: Nivel educativo en diabéticos descontrolados.

En la variable de educación, la mayor población estuvo a nivel de primaria incompleta con 120 pacientes (38%). Le siguió en orden descendente el nivel de primaria y secundaria completa con 73 (22.5%) c/u, preparatoria completa 20 (6%), le siguieron los analfabetas con 11 (3%), la preparatoria incompleta con 10 (3%), la secundaria incompleta y la universidad completa con 8 (2%) cada uno y por último la universidad incompleta con 3 (1%) de los pacientes.

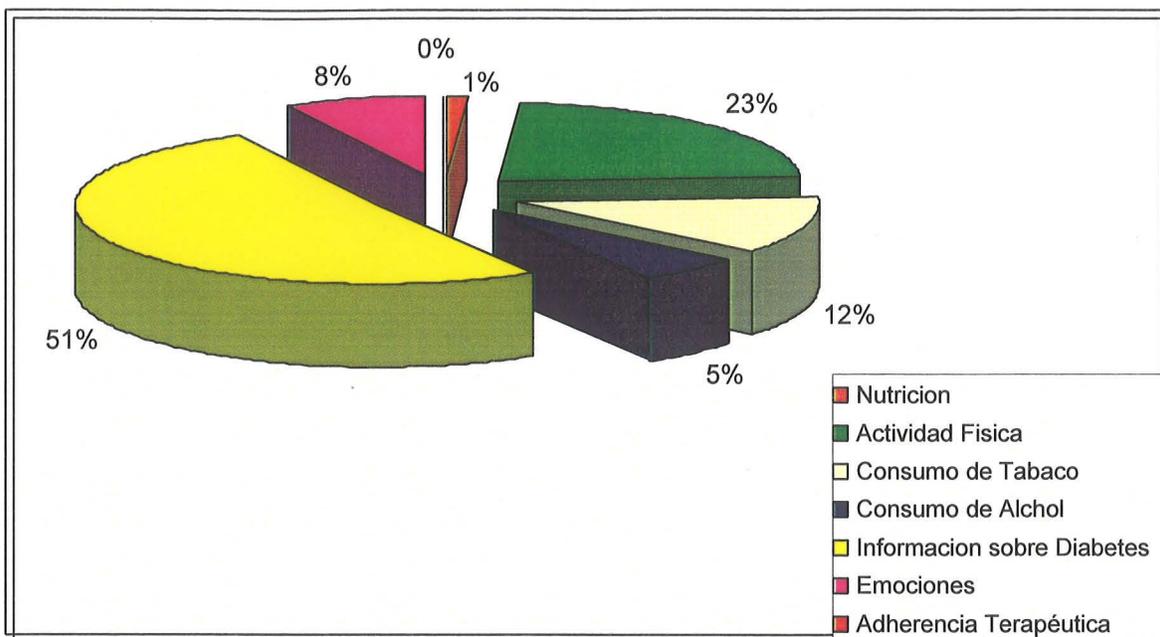
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 5: Relación de número de pacientes con Hb Glucosilada.

En relación a número de pacientes con valores de Hb Glucosilada encontramos que 113 (34.6%) tenían 7%, 18 (5.5%) de ellos 7.5%, 130 (39.8%) con 8%, 4 (1.22%) con 8.5%, 50 (15.3%) con 9% y 11 (3.38%) con una Hb de 10%.

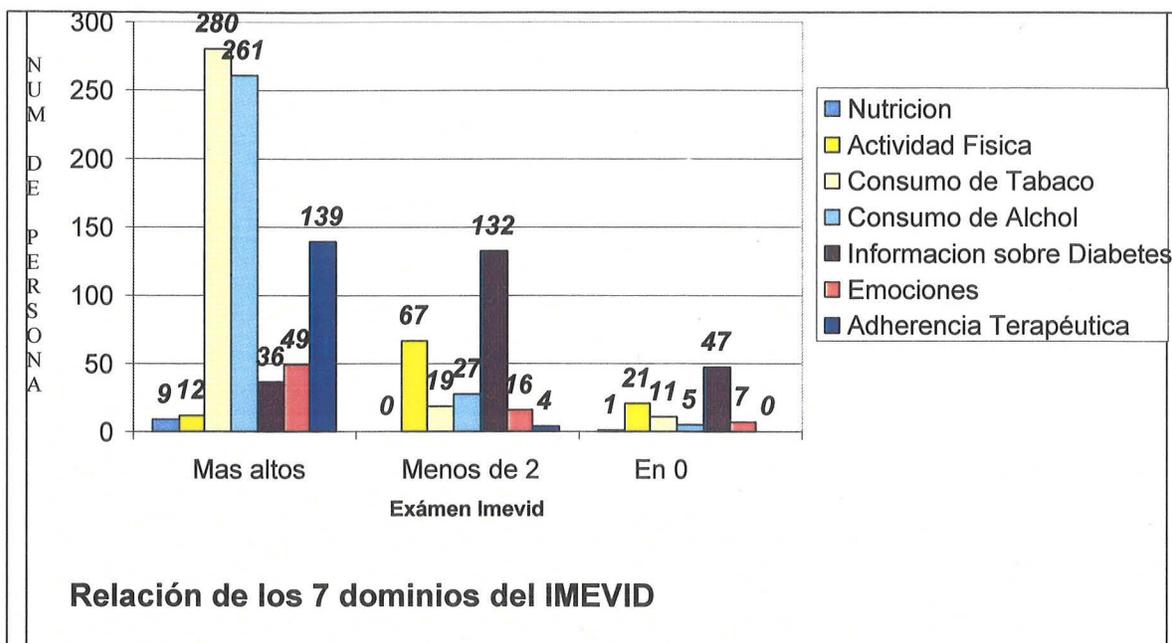
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 6: Predominio de porcentaje con puntuación más baja por dominios del IMEVID.

En lo que respecta a un mal control en los dominios del IMEVID, lo que predominó fue falta de información sobre diabetes en 47 pacientes (51%), así como falta de actividad física en 21 (23%) de ellos seguidos de, consumo de tabaco en 11 (12%), control de emociones en 7 (8%), consumo de alcohol en 5 (5%), nutrición en 1 (1%) y por último adherencia terapéutica con 0 pacientes.

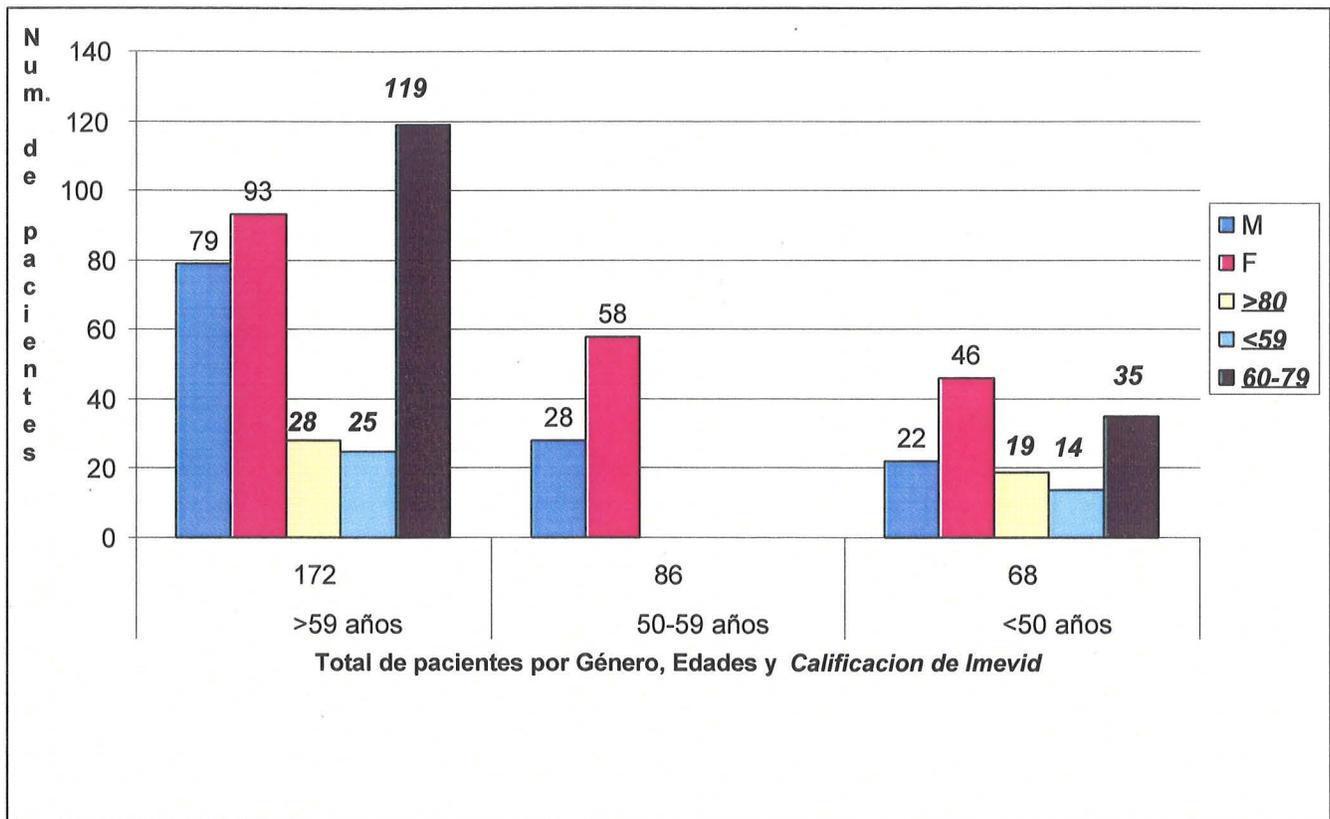
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 7: Relación de pacientes con puntaje más alto y más bajos (de 0 a 2 puntos) con respecto a los 7 dominios del IMEVID.

Los dominios en orden descendente donde hubo un mejor puntaje fue consumo tabaco con 280 pacientes, consumo de alcohol con 261, adherencia terapéutica 139, emociones 49, información sobre diabetes 36, actividad física con 12 y por último información sobre nutrición con 9.

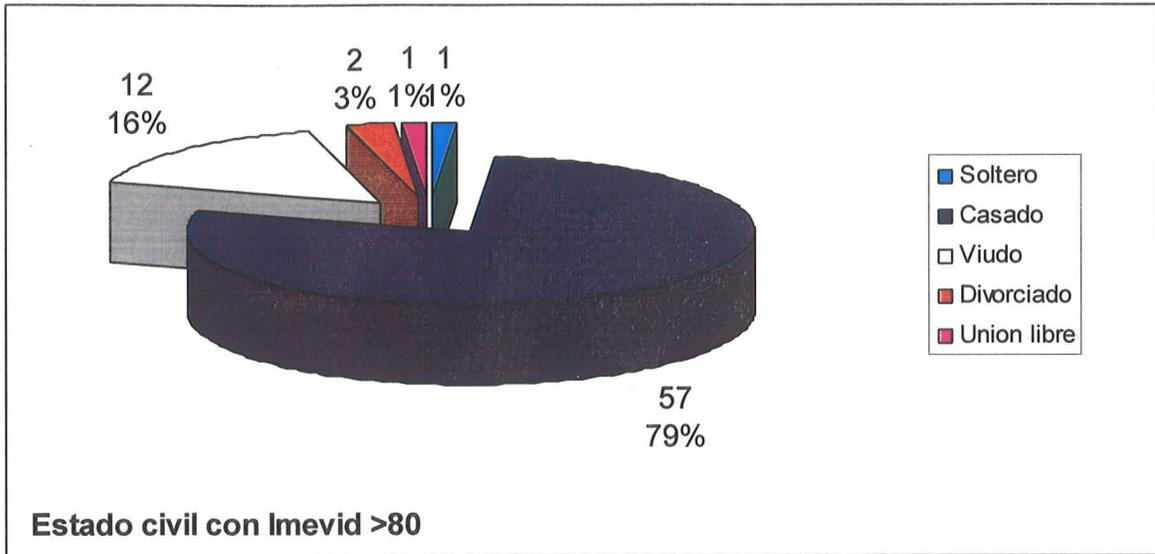
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 8: Géneros y edades en relación a IMEVID.

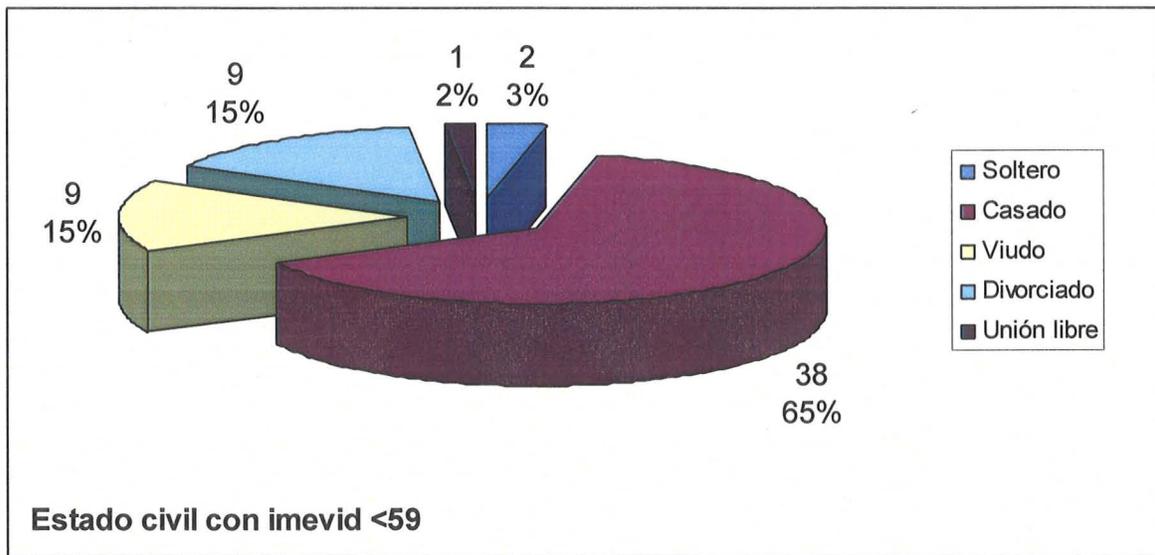
Se toma como puntos referenciales a la población por arriba de los 59 años y a los menores de 50. Se contabiliza al total de los mismos y se divide a los pacientes por género. Nótese que la mayor parte de los pacientes están en el rango de 60 a 79 puntos en los 2 grupos de edad. (Mayores de 59 y menores de 50 años).

Fuente: Encuesta



Gráfica Número 9: Relación de estado civil con IMEVID arriba de 80.

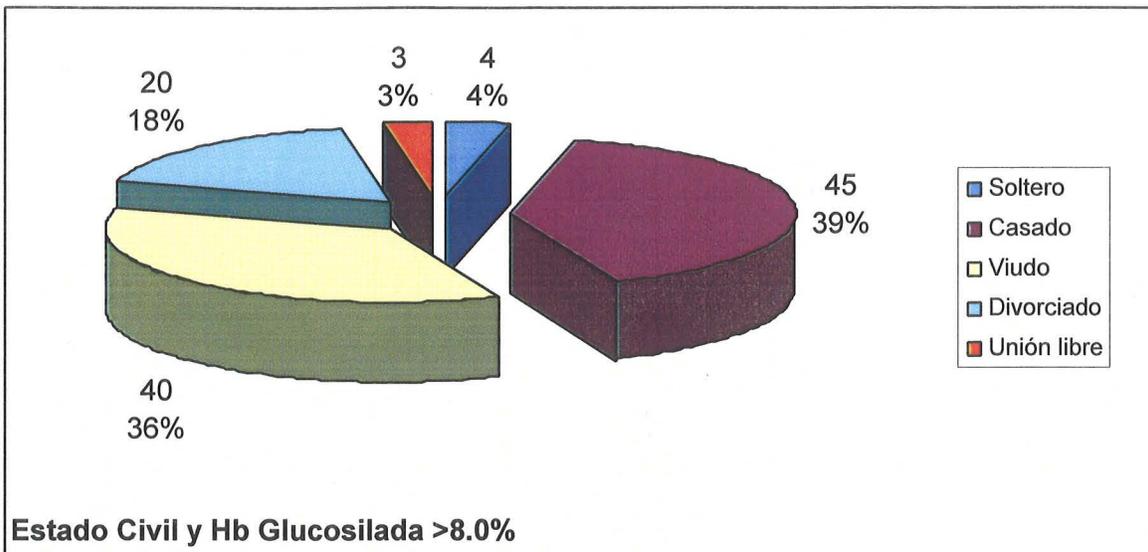
Encontramos que 6 solteros, uno (1%) de ellos estaba arriba de 80, de 230 casados 57 (79%), de 62 viudos 12 (16%), de 24 divorciados 2 (3%) y 4 que vivían en unión libre uno (1%) estaba con nivel adecuado en su puntaje.



Gráfica Número 10: Relación de estado civil con IMEVID debajo de 59.

Aquí encontramos lo siguiente, de 6 solteros 2 (3%) por debajo de 59, de 230 casados 38 (65%), de 62 viudos 9 (15%), de 24 divorciados 9 (15%), de 4 pacientes que vivían en unión libre 1 (2%).

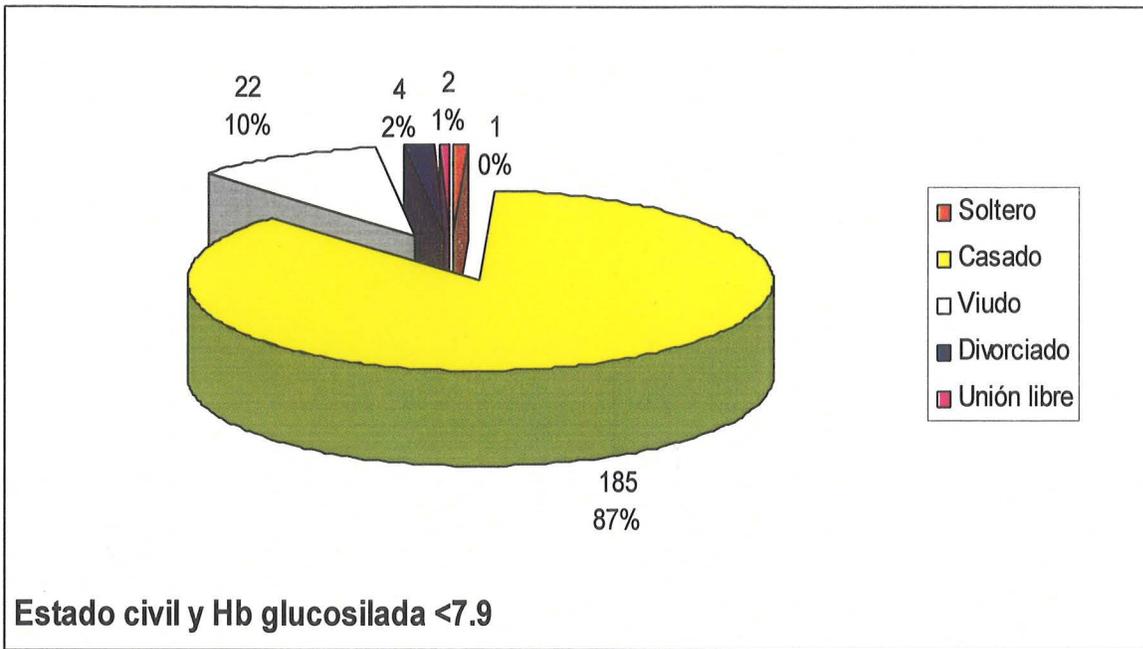
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 11: Relación de estado civil con Hb glucosilada arriba de 8%

En lo que respecta a estado civil y Hb glucosilada (mayor de 8) se encontró lo siguiente de 6 solteros 4 (4%) estaban por arriba de 8, de 230 casados 45 (39%); de 62 viudos 40 (36%); de 24 divorciados 20 (18%); y por último de 4 pacientes en unión libre 3 (3%) de ellos estaban arriba de 8 (Gráfica Número 11).

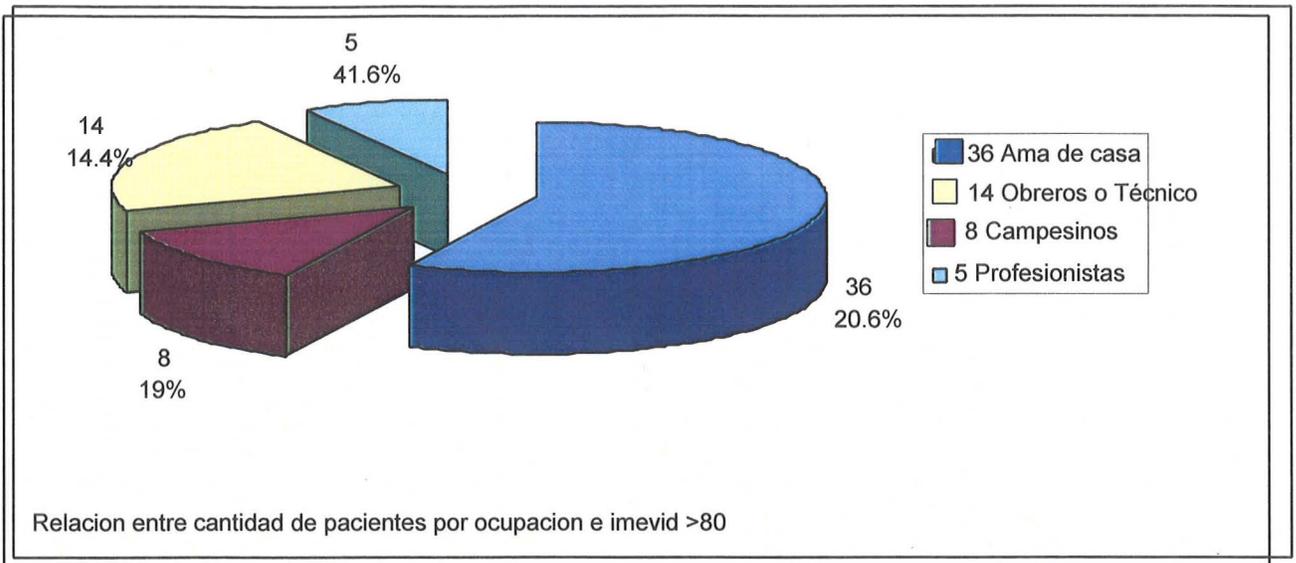
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 12: Relación entre estado civil y Hb glucosilada abajo de 7.9%

En lo que respecta a estado civil y Hb glucosilada (menor de 7.9%) se encontró lo siguiente de 6 solteros 2 (1%) por debajo de 7.9; De 230 casados 185 (87%) por debajo de 7.9; de 62 viudos 22 (10%) por debajo de 7.9; de 24 divorciados 4 (2%) por debajo de 7.9%; y por último de 4 pacientes en unión libre 1 (0%) por debajo de 7.9 (Gráfica Número 11 y 12).

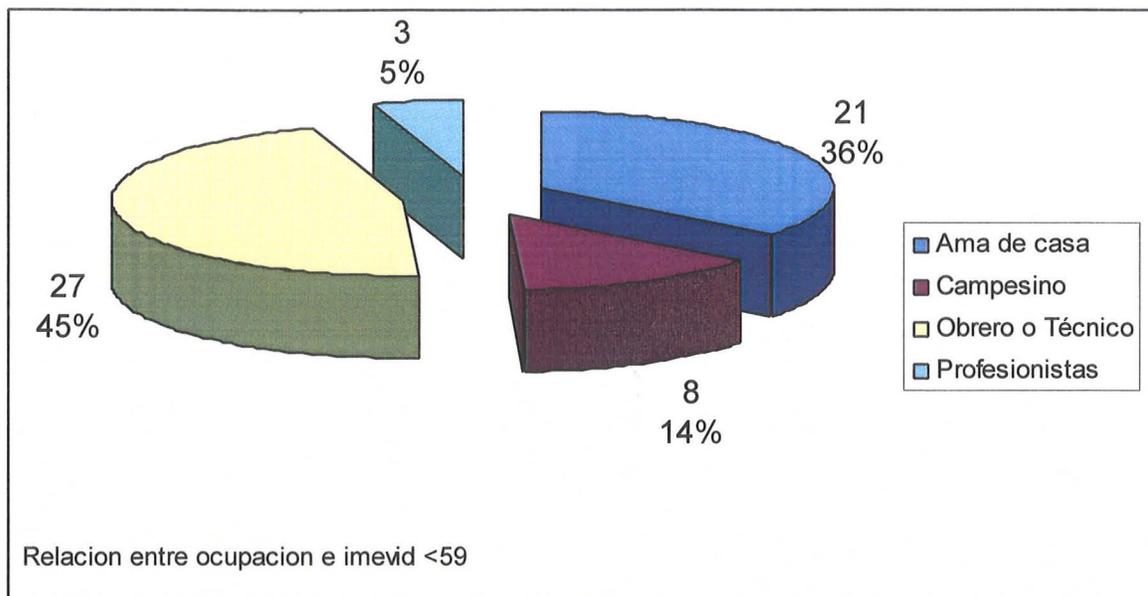
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 13: Relación entre cantidad de pacientes por ocupación e IMEVID por arriba de 80 puntos.

En lo que respecta a la relación entre ocupación e IMEVID, se encontró que de 175 amas de casa 36 (20.6%) tenían arriba de 80, de 42 campesinos 8 (19.0%), de 97 obreros o técnicos 14 (14.4%), y por último de 12 profesionistas 5 (41.64%) tenían arriba de 80 puntos.

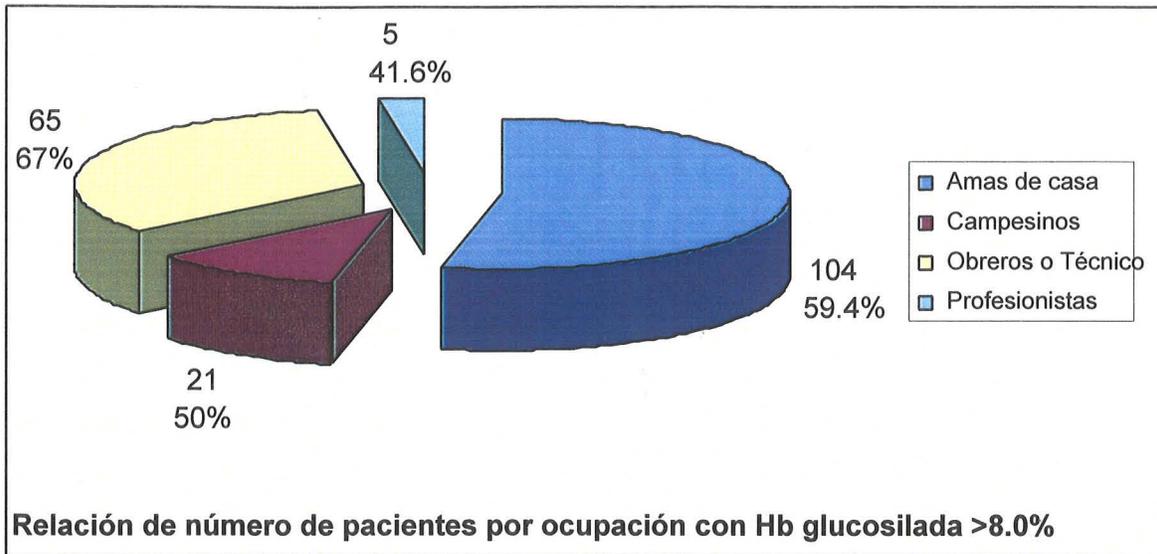
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 14: Relación entre ocupación e IMEVID por debajo de 59 puntos.

En lo que respecta a la relación entre ocupación e IMEVID, por debajo de 59 puntos, se encontró a 21(36%) amas de casa debajo de 59. De 42 campesinos 8 (14%) por debajo de 59. De 97 obreros o técnicos 27 (45%) debajo de 59. Por último de 12 profesionistas 3 (5%) debajo de 59.

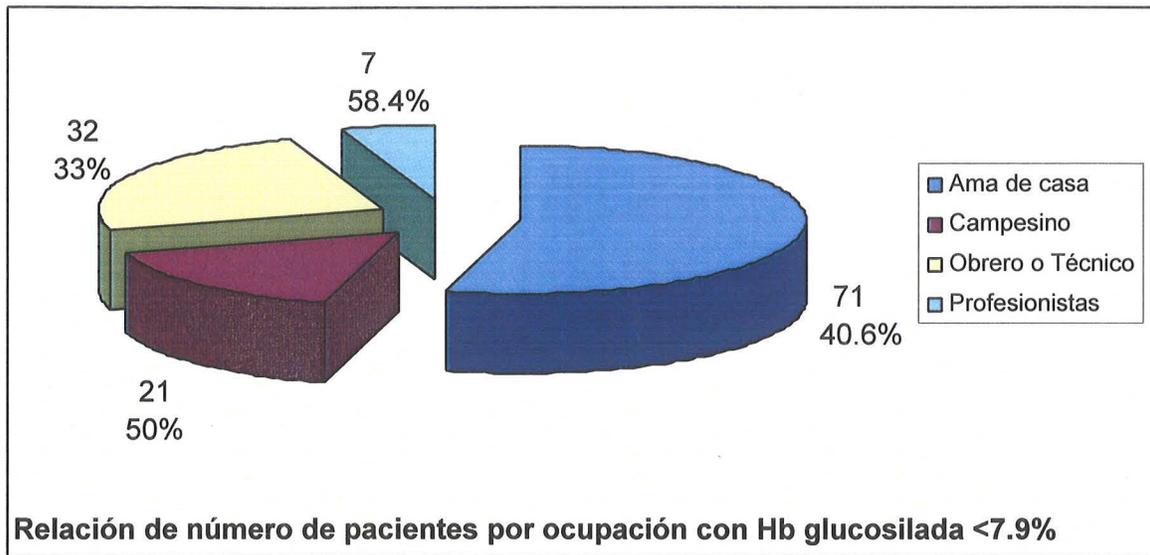
Fuente: Encuesta



Gráfica Número 15: Relación de números de pacientes por ocupación con Hb glucosilada mayor de 8.0%

Dentro de la relación entre ocupación y Hb glucosilada (por arriba de 8%) encontramos, de 175 amas de casa a 104 (59.4%), de 42 campesinos 21 (50%), de 97 obreros o técnicos 65 (67%) y de 12 profesionistas 5 de ellos (41.6%) por arriba de 8%.

Fuente: Encuesta



Gráfica Número 16: Relación de número de pacientes por ocupación con Hb glucosilada menor de 7.9%

Se encontró dentro de la relación entre ocupación y Hb glucosilada (por debajo de 7.9%), a 71 (40.6%) amas de casa de un total de 175, de 42 campesinos a 21 (50%), de 97 obreros o técnicos a 32 (33%) y de 12 profesionistas 7 (58.4%).

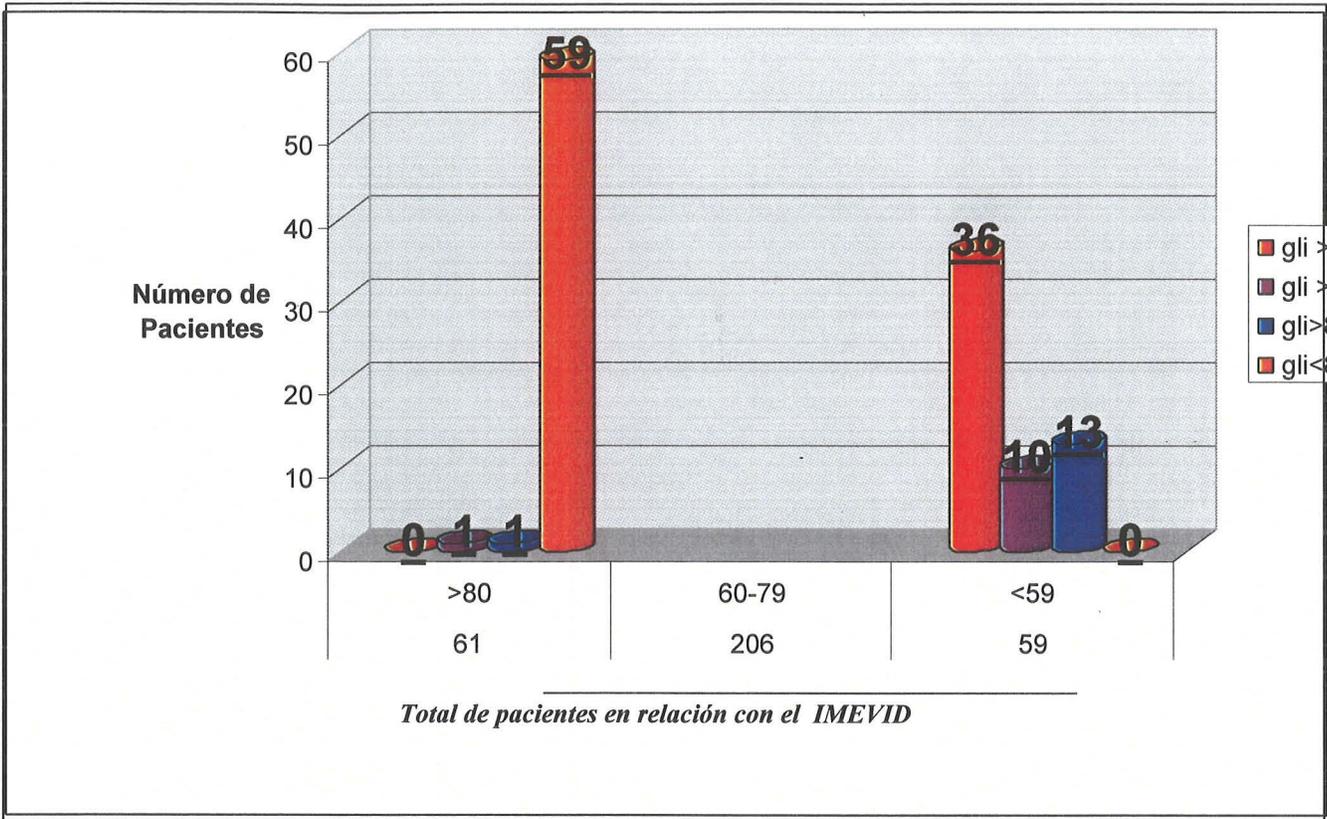
Fuente: Encuesta

	total	>80 pts	<59 pts.	60-79 pts.	>80 (%)	<59 (%)	60-79 (%)
ANALFABETA	11 (3%)	1	2	8	9.1	18.2	72.7
PRIMARIA INCOMPLETA	120 (38%)	23	21	76	19.2	17.5	63.3
PRIMARIA COMPLETA	73 (22.5%)	12	17	44	16.4	23.3	60.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	8 (2%)	0	0	8	0.0	0.0	100.0
SECUNDARIA COMPLETA	73 (22.5%)	20	14	39	27.4	19.2	53.4
PREPARATORIA INCOMPLETA	10 (3%)	3	2	5	30.0	20.0	50.0
PREPARATORIA COMPLETA	20 (6%)	9	1	10	45.0	5.0	50.0
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	3 (1%)	0	0	3	0.0	0.0	100.0
UNIVERSIDAD COMPLETA	8 (2%)	5	2	1	62.5	25.0	12.5
TOTAL	326	73	59	194			

Tabla Numero 1: Relación de pacientes entre educación e IMEVID por escala de medición y porcentajes.

Total de pacientes diabéticos encuestados de acuerdo a su nivel educativo, así como número y porcentaje de acuerdo al puntaje obtenido por el cuestionario IMEVID. En la Unidad de Medicina Familiar # 14 de Cadereyta Jiménez N.L. Donde arriba de 80 puntos es un nivel adecuado, debajo de 59 es malo y entre 60 y 79 es regular.

Fuente: Encuesta.



Gráfica Número 17: Relación entre IMEVID, número de pacientes y Hb glucosilada.

Sólo se hace hincapié en los pacientes que tienen puntaje del cuestionario por arriba de 80 y los que están por debajo de 59, los cuales corresponden a estilos de vida adecuados y malos respectivamente.

Fuente: Encuesta

11. DISCUSION

En nuestro país la población diabética tipo 2 es favorecida por la disminución de la actividad física y el consumo de alimentos con alta densidad energética, lo cual coincide con nuestro estudio en el cual un porcentaje de 59.4% tienen Hb glucosiladas arriba de 8% coincidiendo con Troncoso y cols.¹ (Chile)

La modificación de los hábitos de la vida diaria es una intervención de primera línea en la prevención y tratamiento de resistencia a la insulina. Siendo el ejercicio y la reducción de peso así como la dieta para diabético, factores clave del tratamiento, coincide este estudio con la revista española de Matía P. y cols⁵. Sólo que en el nuestro, lo que predominó primero fue la falta de información sobre diabetes en un 51% de nuestros pacientes, en segundo término quedó la falta de actividad física con un 23%, seguido de consumo de tabaco 12%, control de emociones 8%, consumo de alcohol en 5% y el aspecto nutricional con un 1%, la adherencia terapéutica se dió en todos los pacientes

Las recomendaciones internacionales, advierten la necesidad de realizar cambios en los estilos de vida (alimentación y actividad física) como medida terapéutica básica para disminuir la carga global de enfermedades crónicas degenerativas según Fuentes L. y cols. (Chile)⁸. Esto coincide con nuestro estudio ya que la actividad física junto a la nutrición ocuparon segundo y sexto lugar respecto a prioridades que hay que atender en nuestra población.

Si analizamos este estudio respecto a nivel educativo, encontramos que en Cuba la educación y el auto-cuidado dependen del apego del propio paciente, coincidiendo en que la educación en el diabético es un componente especial para la prevención de complicaciones, que junto al tratamiento farmacológico proporcionarán los estímulos necesarios para efectuar un cambio radical en su estilo de vida (Pérez A.)¹¹ En nuestro estudio los analfabetas (3%), y primaria incompleta (38%), resultaron con niveles más altos de Hb glucosilada (61%) así como con resultados de IMEVID más bajos (35.7%). Y al contrario en los que tenían universidad completa (2%) con un IMEVID arriba de 80 en un (62.5%) y Hb glucosilada por debajo de 7.9% en un 58.4%.

La adherencia al tratamiento es parte importante en el manejo de esta enfermedad, encontrando que en países de primer mundo es del 50%, pero en países en vías de desarrollo, sólo lo sigue uno de cada tres pacientes, y trae por consecuencia una repercusión económica considerable sobre todo cuando se agregan complicaciones macro y micro vasculares. Alayón A. y cols.¹⁵ (Colombia). En nuestro estudio vemos que la mayoría son pacientes del género femenino (60%), la mayoría casadas (en un 70%), y son los que mejor control tienen sobre su enfermedad. Por ocupación predominan las amas de casa (son 177, con un 20.6%), pero los profesionistas (son 12, un 41.64%) y aunque son los menos, relativamente tienen mejor control sobre su enfermedad, esto coincide con, Mendel B. y cols.¹⁹. En resumen, la medición del estilo de vida en diabéticos tipo 2 para el no apego al tratamiento dietético, depende de cada paciente, así como de un buen apoyo familiar, además de la motivación necesaria dada por el personal de salud, esto mejora los niveles adecuados de Hb glucosilada y del puntaje IMEVID.

En nuestro estudio se vió que un paciente entre más informado este sobre su enfermedad (51% no informados) y un adecuado plan de ejercicios (23% no hacían ejercicio), nos lleva a un mejor control metabólico.

12. CONCLUSIÓN

En base a los resultados encontrados en la población diabética tipo 2 de nuestra unidad, podemos determinar que existen en ellos factores de riesgo que impactan en forma negativa para un buen apego al tratamiento dietético. Sus estilos de vida pueden desencadenar descontrol de los niveles de glucosa que provocarían a futuro una elevación de su morbilidad por complicaciones propias de su enfermedad, como por ejemplo: lesiones cardiovasculares, renales, oculares, amputaciones, etc.

Como la diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a estadísticas nacionales e internacionales es una enfermedad que va en aumento, el estricto control de la glicemia en ayunas menor a 115mg/dL, hemoglobina glucosilada menor de 7%, colesterol menor de 200mg/dL, colesterol HDL igual o mayor a 40mg/dL en hombres e igual o mayor de 50mg/dL en mujeres, colesterol LDL menor de 100mg/dL y triglicéridos de 150mg/dL., nos lleva a mejorar la salud del diabético y prevenir la muerte prematura derivadas de sus complicaciones.

Por otro lado al educar y conseguir un mejor apego a estilos de vida saludable, mejoramos en gran parte el descontrol de esta enfermedad. Concluyendo que la adherencia es un proceso lento, continuo y modificable, que resulta de información clara y sencilla hacia la población diabética, sin importar su baja escolaridad.

Es mostrando preocupación interés y empatía hacia nuestros pacientes, como se incrementan las cifras de adherencia; además, un buen apoyo familiar, sobre todo en la preparación de alimentos; incorporando frutas, verduras y fibra en la dieta, disminuyendo ingestión de grasas y carbohidratos refinados, con un programa de ejercicio acorde a cada persona, mejoramos el control metabólico del diabético, así como evitar la aparición temprana de las complicaciones propias de esta enfermedad. Pero que nada vale sin el seguimiento correspondiente para realizar aclaraciones y reforzar la motivación para conseguir las metas de salud, considerando a la mujer (en nuestro medio una gran proporción de ellas es la que

hace la comida), como pilar de agente de cambio para la modificación de hábitos insanos, principalmente a lo relacionado con la alimentación.

Por tal motivo informando, educando y llevando un seguimiento adecuado de cada diabético, por medio del personal de salud, que involucre a médicos (familiares y especialistas), enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales y toda aquella persona que forme parte de un sistema integral de salud, elevamos el nivel de vida, así como su estabilidad familiar.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Troncoso C, et cols. Interpretación de los conocimientos que influyen en la adherencia a la dietoterapia en adultos mayores con diabetes tipo 2 de una comuna rural. *Revista Chilena de Nutrición*. Diciembre 2008; 35(4): 421- 426.
- 2.- Bantle J, Salma G. Nutritional management of diabetes mellitus and dysmetabolic syndrome. *Nutrición Hospitalaria*. 2006; 22(1). Disponible en: http://scielo.es/scielo.php?pid=S0212-1611200700017&script=sci_arttext. Fecha de acceso: Diciembre 16, 2010.
- 3.- García M. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes diabéticos tipo 1 y 2 y sus familiares en cuanto a los cuidados que reciben por parte de los profesionales de la salud? .*Index de Enfermería*. Abril-Septiembre 2010; 19(2-3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200036&script=sci_arttext. Fecha de acceso: 18 Diciembre 2010.
- 4.- Ayechu A, Durán T. Dieta mediterránea y adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*. Noviembre-Diciembre 2009; 24(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S02112-16112009000600024&script=sci_arttext. Fecha de acceso: 7 Enero 2011.
- 5.- Matía P, Lecumberri E y Calle A. Nutrición y síndrome metabólico. *Revista Española de Salud Pública*. Septiembre-Octubre 2007; 81(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500006&script=sci_arttext. Fecha de acceso: Enero 15, 2011.
- 6.-Ibarro C, Roca M, Picó L, Huéscar B, López S. Síndrome metabólico en hemodiálisis, Actuación enfermera. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2008; 11(2): 13-18.
- 7.- Cabrera A, et cols. Estilos de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83(4): 567-575.
- 8.- Fuentes L, Muñoz A. Efectos de una intervención integral en la reducción de factores de riesgo cardiovascular en mujeres con sobrepeso u obesidad de la Región de Los Ríos. *Revista Médica de Chile*.2010; 138(8): 974- 981.
- 9.- Balkau B, et cols. International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA). *American Heart Association*. 2007; 116: 1942-1951.
- 10.- Cerezo G. Síndrome Metabólico: ¿Qué debemos conocer del síndrome metabólico en nuestra práctica diaria?. *Insuficiencia Cardiaca*. Julio-Septiembre 2010; 5(3). Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Fecha de acceso: Enero 4, 2011.

11.- Pérez A, et al. Intervención educativa en diabéticos tipo 2. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(4):17-29.

12.- Buring K, Oliva P, Bravo C. Determinación no experimental de la conducta sedentaria en escolares. Revista Chilena de Nutrición. 2009; 36(1): 20-30.

13.- Ortiz M. Estabilidad de la Adherencia al Tratamiento en una Muestra de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. Terapia psicológica. Julio 2008; 26(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100006&script=sci_abstract. Fecha de acceso: Enero 10, 2011.

14.- Araya H, et cols. Prioridades de intervención en alimentación y nutrición en Chile. Revista Chilena de nutrición. Diciembre 2006; 33(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000500001&script=sci_arttext. Fecha de acceso: Enero 17, 2011.

15.- Alayón A, Mosquera M. Adherencia al tratamiento basado en Comportamiento en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Revista de Salud Pública. Noviembre-Diciembre 2008; 10(5). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-006420080050010&script=sci_arttext. Fecha de acceso: 13 Enero 2011.

16.- Díaz R, Mendoza M, Belmort J . Validación de un instrumento para evaluar la adherencia terapéutica en diabéticas durante el embarazo. Perinatología y reproducción humana. 2004; 18(4): 217-224.

17.- Comité de Educación en Diabetes Fundación IMSS A.C. El papel de derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus. Revista Medica Del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007; 45(2): 101-103.

18.- Torres A, Piña J. Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. Terapia psicológica. 2010; 28(1): 45-53.

19.- Mendel B, González L. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitas. Index de Enfermería. 2006; 15(52-53):16-19.

20.- Árcega A, et cols. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Revista de Investigación Clínica. 2005; 57(5): m676-684.

- 21.- Aguilar C, Gómez F. Declaración de Acapulco: propuesta para la reducción de la incidencia de la diabetes en México. *Revista de Investigación Clínica*. 2006; 58(1): 71-77.
- 22.- Zavala M, Ríos M, García G, Rodríguez C. Función familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad Crónica. *Alquichán* 2009; 9(3): 257-270.
- 23.- Salcedo A, García J, Sevilla E. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glicémico en México. *Revista Salud Pública [online]*. 2008; 42(2): 256-264.
- 24.- González V, García M, Ramírez F. Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. *Revista de Enfermería del instituto Mexicano del Seguro Social* 2009; 17(2): 69-78.
- 25.- Salinas A, et cols. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud Pública de México*. 2001; 43(4): 324-335.
- 26.- López J, Ariza C, et cols. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública México* 2003. 45: 259-268.

14. ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Folio:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar: _____ Fecha: _____

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

Factores socio demográficos para el no apego al tratamiento dietético en diabéticos tipo 2, en la UMF No. 14 de Cadereyta, N.L.

El cual está registrado ante el comité local de investigación.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar verbalmente un par de cuestionarios que aplicará personal capacitado y con identificación, el cual me explicará aquellos cuestionamientos con las preguntas que yo pudiera tener en relación a las preguntas aplicadas.

Declaro que se me ha informado ampliamente que la información es confidencial y de los beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

1. Confidencialidad de la información.
2. Confidencialidad de mi persona, no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
3. La información podrá ser utilizada para mejorar la atención a los pacientes que utilizan este servicio médico.

Nombre y firma: _____

Nombre del testigo: _____

Nombre y firma del investigador

Dr. _____

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
			Totál	

• Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos.²⁶

Gracias por sus respuestas.

ANEXO III

Datos sociodemográficos:

Favor de contestar la respuesta correcta poniendo el número o la cantidad que corresponda.

I.- Edad _____ años. De 40 a 70 años.

II.- Estado civil. _____

1.- soltero (a) 2.- casado (a) 3.- viudo (a) 4.- divorciado (a) 5.- unión libre

III.- En que trabaja o labora. _____

1.- ama de casa 2.- campesino 3.- obrero o técnico 4.- profesionista

IV.- Nivel de hemoglobina glucosilada _____ (arriba de 7).

V.- Grado máximo de estudios. _____

1.- analfabeta, 2.- primaria incompleta, 3.- primaria completa,
4.- secundaria incompleta, 5.- secundaria completa, 6.- preparatoria incompleta,
7.- preparatoria completa, 8.- universidad (facultad) incompleta,
9.- universidad facultad completa