



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 DE MEDICINA FAMILIAR NO.7 SAN JUAN DEL RIO, QRO.



**ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2 EN UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS EN SAN JUAN DEL RIO, QRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALUMNO:

DRA. MARIA ROCIO DIAZ RIVERA

SAN JUAN DEL RIO, QRO.

2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA ROCIO DIAZ RIVERA

AUTORIZACIONES:

DR (A). MA. DE JESÚS VAZQUEZ ASPEITIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
DEL IMSS, UMF NO. 6 SAN JUAN DEL RIO, QRO.

DR (A). M.C CARMEN LAURA MENESES HERNANDEZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

DR (A). MA. DE JESÚS VAZQUEZ ASPEITIA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

DR. NICOLAS CAMACHO CALDERON
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

SAN JUAN DEL RIO, QRO.

2009.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA ROCIO DIAZ RIVERA

A U T O R I Z A C I O N E S

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.

Índice general	pagina
Portada	1
Autorizaciones	2
Índice	4
Antecedentes científicos	5
Planteamiento del problema	15
Justificación	16
Objetivos	17
Metodología	18
Tipo de estudio	18
Criterios de inclusión	18
Criterios de exclusión	18
Criterios de eliminación	18
Variables	19
Consideraciones éticas	20
Resultados	21
Cuadros y gráficas	23
Discusión	31
Conclusiones	33
Bibliografía	34
Anexos	37

Antecedentes científicos.

La Diabetes Mellitus (DM) se caracteriza por hiperglucemia crónica que afecta a un gran número de personas, siendo un problema individual y de salud pública a nivel mundial que se va incrementando progresivamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la ha definido como un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por hiperglucemia crónica con cambios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultado de un defecto de la secreción y/o la acción de la insulina, que contribuye al desarrollo de complicaciones macrovasculares, microvasculares y neuropatías. Es considerada una de las principales causas de muerte en México y en el mundo.

Se clasifica en: Prediabetes, Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Gestacional y Otros tipos de diabetes específicos. (1)

Prediabetes: Es un estado metabólico intermedio entre la normalidad y la diabetes. Es factor de riesgo para diabetes y enfermedad cardiovascular.

- Glucemia basal alterada: glucosa basal en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa: glucosa entre 140 y 199 mg/dl a las dos horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa.

Diabetes Mellitus tipo 1: Caracterizada por destrucción de la célula beta, que habitualmente lleva a déficit absoluto de insulina, y sus dos formas:

- Diabetes Mellitus Autoinmune. La destrucción de la célula beta resulta de un proceso autoinmune.
- Diabetes Mellitus idiopática

Diabetes gestacional: Test de O Sullivan entre las 24 y 28 semanas, glucosa una hora después de la ingesta de 50 gr. de glucosa en cualquier momento del día. Diagnóstico de >190 mg/dl.

Otros tipos de diabetes específicos: Diabetes causada por otras etiologías identificables: defectos genéticos de la célula beta, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, secundaria a fármacos e infecciones.

Diabetes tipo 2: Caracterizada por resistencia a la insulina, junto a un defecto en la excreción de la insulina, en la cual, cualquiera de las dos puede predominar, siendo la mas frecuente y responsable por lo tanto de la mayoría de complicaciones agudas y crónicas de pacientes diabéticos.

Se han realizado múltiples recomendaciones para el buen control como los de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) para su detección precoz como:

El cribado universal mediante glucemia basal a los mayores de 45 años cada 3 años.

Se considera la detección más frecuente con glucosa basal anual, en intolerancia a la glucosa (IG) o glucosa basal alterada (GBA) semestralmente y en edades

más jóvenes en las siguientes poblaciones de riesgo: (1)

- Obesidad (IMC >25)
- Sedentarismo
- Historia familiar de diabetes en un familiar de primer grado.
- Diabetes gestacional previa y/o antecedente de macrosomía
- HDL < 35 mg/dl y/o triglicéridos > 250 mg/dl
- Hipertensión arterial > 140/90 mmHg
- Diagnóstico previo de intolerancia a la glucosa (IG) o glucosa basal alterada(GBA)
- Condiciones clínicas asociadas a diabetes
- Historia de enfermedad coronaria

Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han elevado la incidencia mundial de diabetes, sobre todo de tipo 2. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo en 2004 es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. La diabetes tendría un incremento del 35% en prevalencia en el mundo entero (de 4.0 a 5.4%), con mayor magnitud en los países en desarrollo (48%) y menor en los industrializados (27%). Esto significa que el número de adultos con diabetes se incrementará en 122%. (3)

En estudios realizados durante la década pasada se previó que la prevalencia se encontraba entre 8 y 9% en la población mexicana y se calcula que podrá llegar a 12.3% en el año 2025. (4)

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) registró una prevalencia nacional de diabetes mellitus en adultos mexicanos de 20 a 103 años de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representa que poco más de 3.6 millones de adultos padecían esta enfermedad. (5)

En México en 1940 la diabetes se encontraba dentro de las primeras 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes la cual se ha ido incrementando paulatinamente; a partir del año 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (después de la cardiopatía isquémica, enfermedad resultante muchas veces de la diabetes) en las mujeres, la tasa se incrementó 17.1% (de 51.2 a 61.8 por 100 000 habitantes) y en los hombres el ascenso fue de 22.2% (de 42.2 a 51.6 por 100 000 habitantes). En 2003, la diabetes representó 12.6% de todas las muertes ocurridas en el país y la edad promedio al morir fue de 66 años (6).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades.

La incidencia se duplica cuando además se tiene antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso u obesidad, pobre actividad física, resistencia a la insulina,

intolerancia a la glucosa, diabetes gestacional y glucemia en ayuno por arriba de los límites establecidos. (7)

Las enfermedades crónicas, no dependen tanto de la pobreza o del subdesarrollo del país, si no de los factores, como el estilo de vida y comportamiento individual entre otros; representándose a la diabetes Mellitus tipo 2 en nuestros días como la primera causa de incapacidad, enfermedad y muerte en todo el mundo. Predisponiendo a diabetes al individuo cuando tiene un estilo de vida que la favorece. Un estilo de vida más saludable puede ayudar en la prevención y control de estas enfermedades. Este esta dado por: Eliminar el hábito de fumar, establecer una dieta reductora, hipograsa y hacer ejercicios físicos adecuados sistemáticamente. (8) Varios estudios respaldan la ineficacia del tratamiento estrictamente farmacológico. (9)

La prevalencia de diabetes mellitus en la hipertensión arterial es de 16.4% y la prevalencia de hipertensión en diabéticos es de 46.2 (10)

La DM2 se diagnostica tarde. Alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años, en zonas rurales esto ocurre casi en el 100% y en los estudios de sujetos con DM2 recién diagnosticada, la prevalencia de retinopatía oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%. La principal causa de muerte de la persona con DM2 es la enfermedad cardiovascular con una mortalidad del 86% de los casos. (10)

En el 2002 se reportan cifras de internamiento y de egreso hospitalario de 62 745 y 17 042 defunciones. Ocupando el primer lugar como causa de muerte (20% mujeres y 15% hombres).

Se coloca a la DM como una enfermedad de mayor carga social y financiera para las instituciones de salud, por los elevados costos para su atención tanto en manejo hospitalario como ambulatorio debido a complicaciones de esta y a la pérdida de productividad del paciente diabético.

Se estima que en México el costo de su atención puede ser entre el 5 y 14% de los gastos destinados a asistencia médica ascendiendo los costos a 2618 millones de dólares anualmente. En el IMSS el gasto anual excedió los 2000 millones de pesos (periodo de 1992 a 1997). (11)

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más para Querétaro fue de 5.3%, siendo menor en mujeres (5.2%) que en hombres (5.4%). Para el grupo de 60 años o más esta prevalencia fue de 12.6 por ciento. (12)

Estilo de vida.

La primera vez que se acuñó el término de “estilo de vida” fue en 1939, Alvin Toffler determinó una explosión de los estilos de vida (denominados “subculturas”) los cuales se debieron al incremento en la diversidad de las sociedades postindustriales. Jeremy Rifkin en su libro El sueño europeo, describe el estilo de vida y la vida cotidiana en Europa y Estados Unidos; en las épocas históricas, en las actuales y en la llegada de la era global después del individualismo y el

comunitarismo. Pierre Bourdieu centra su teoría en el concepto de habitus entendido como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos. (13)

La OMS considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales del individuo, por lo que ha considerado que “ los estilos de vida son patrones de conducta que se han elegido de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad de elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”. (14)

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población. Teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, o el sedentarismo que conduce a obesidad.

Un estilo de vida más saludable puede ayudar en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Este está dado por: Eliminar el hábito de fumar, establecer una dieta reductora, hipograsa y hacer ejercicios físicos adecuados sistemáticamente. Las medidas higiénico dietéticas o “modificaciones en el estilo de vida” han demostrado su eficacia preventiva, conjuntamente con la farmacoterapia como complemento en la reducción de las cifras de presión arterial, disminución de diabetes tipo 2 o complicaciones de esta y de la enfermedad cardiovascular; asimismo contribuyen a disminuir o evitar las dosis de fármacos o a retardar su consumo; mejorando la calidad de vida de los pacientes. (15) (16)

Nutrición

Una buena alimentación se basa en la adecuada distribución de la ingesta de nutrientes a partir de alimentos nutritivos, variados y con garantías sanitarias. La relación entre la alimentación y la salud es cada vez mas conocida, y son muchas las evidencias epidemiológicas que asocian la dieta con la aparición y/o prevención de ciertas enfermedades. (17)

La nutrición es parte integral de la asistencia y de control de la diabetes. Sin embargo, el cumplimiento del plan nutricional es uno de los aspectos más difíciles de conseguir debido a los cambios de estilo de vida que implica. (18)

Unos hábitos alimentarios inadecuados (bien por exceso o por defecto) se relacionan directa o indirectamente con la aparición de enfermedades como la enfermedad cerebro-vascular, la cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, además de patologías asociadas a carencias específicas de nutrientes. El exceso de peso es un factor de riesgo de mortalidad

prematura al que se le atribuye cada vez más importancia. La obesidad puede ser consecuencia de una dieta con alto contenido energético y muchas grasas, la falta de actividad física, y, en ciertos casos, la predisposición genética.

En La Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) se señala una prevalencia de 24.4% de obesidad (IMC >30.0 kg/m²) y de 10.8% de diabetes entre individuos de 20 a 69 años de edad. En pacientes diabéticos derechohabientes al IMSS se reportó un 43% con sobrepeso y 35% con obesidad. Si se consideran juntos el sobrepeso y la obesidad, arrojan un preocupante 69% de mujeres y 67% de varones entre 20 y 69 años de edad con IMC >25.0.

En los últimos años la población mexicana se concentró en las zonas urbanas, reduciéndose en áreas rurales de 57.4 en 1950 a 25.4 en el 2000. Sus costumbres alimenticias se modificaron, incrementando el número de calorías, azúcares simples y grasas de 22.7 a 27.6 y hasta 33% en zonas de bajos y medianos ingresos económicos disminución de la actividad física al mínimo.

El 85 al 90% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son obesos al momento del diagnóstico. En el paciente con obesidad la disminución de peso se refleja en menor gasto en medicamentos para el control de la enfermedad de base y las concomitantes (hipertensión arterial y dislipidemia), disminución de la mortalidad cardiovascular y de todas las causas en 28 y 25%, respectivamente. La máxima reducción alcanzada es del 33%, con pérdidas de peso del 10 al 15% del peso inicial.

En pacientes diabéticos obesos la restricción calórica y la pérdida de peso (4,5 a 9 kg) mejoran el control de la diabetes, incluso si no se alcanza el peso corporal deseable. En el tratamiento farmacológico y no farmacológico destaca la nutrición y el ejercicio físico como los pilares para el control del paciente diabético conjuntamente con un proceso educativo que garantice la modificación permanente de hábitos y costumbres (19)

Actividad física.

La actividad física moderada produce una reducción significativa de la mortalidad prematura, obesidad, hipertensión arterial, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes mellitus tipo 2, y osteoporosis. Entre sus efectos beneficiosos también se incluyen la mejora del aspecto físico y de la autoestima.

De acuerdo con la American Diabetes Association, la Organización Mundial de la Salud y la Norma Oficial Mexicana, el ejercicio es básico en la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. (20)

1. Reduce los niveles de glucosa
2. Reduce la presión arterial.
3. Mejora las cifras de colesterol y triglicéridos.
4. Reducción de las dosis de medicamentos
5. Evita la obesidad
6. Reduce enfermedades del corazón
7. Reduce el estrés.

8. Fortalece los músculos y los huesos.
9. Aumenta tu flexibilidad.

Consumo de tabaco

En México el tabaquismo ocasiona aproximadamente 150 muertes diarias debido a todas las enfermedades que se asocian a esta adicción, representando 10% de las muertes nacionales.

El sector salud destina al año aprox. 30,000, 000, 000 (treinta mil millones de pesos, el 0.3 % del producto interno bruto) en la atención y tratamiento de pacientes que presentan enfermedades relacionadas al tabaco; la prevalencia de fumadores entre los 12 y 65 años es del 26.4 % lo que representa cerca de 16 millones de personas fumadoras, siendo en su mayoría del sexo masculino destacando que cada vez es mayor la población femenina que fuma, principalmente en las áreas urbanas de nuestro país (21)

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte que puede ser evitado. Se estima que entre los 35 y 64 años de edad el consumo de tabaco es responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por neoplasia pulmonar, el 80% de las ocurridas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y entre el 50% y 45% por accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica y diabetes, con una mortalidad del 28% en hombres, y 10% en mujeres.

En 2002, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS clasificó el humo de tabaco en el ambiente (HTA) en la categoría de sustancias cancerígenas para el hombre. La exposición al HTA, que contiene más de cincuenta sustancias cancerígenas, es la causa de numerosas enfermedades como cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias.

El tabaquismo pasivo mata anualmente a más de 79 000 adultos en los países de la Unión Europea. El lugar de trabajo y el domicilio son los principales lugares de exposición crónica al HTA. El humo pasivo es especialmente peligroso para los niños y los bebés, y también para las mujeres embarazadas. (22)

Consumo de alcohol

El alcohol es el primer factor de riesgo de enfermedad y muerte prematura, siendo aún más importante que otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento. El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de dependencia y es el origen de más de 60 tipos de enfermedades (cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y favorece la aparición de malformaciones congénitas) y lesiones; es responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad.

El alcohol no sólo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, al feto en mujeres embarazadas, a niños y niñas, a otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes de tráfico por conducir en estado de ebriedad. (23)

En México en 2002 había más de 32 millones de personas entre 12 y 65 años que consumían alcohol, los cuales representan 44.8% de la población en ese grupo edad. En las áreas urbanas, el mayor índice de consumo entre los varones se observó en el grupo de 30 a 39 años, mientras que entre las mujeres se dio en el grupo de 40 a 49 años. En la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad. (24)

Información sobre diabetes

La educación para la salud es un proceso social con el propósito de informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios ambientales, incorporar factores culturales y comunicativos que condicionan la participación activa de los pacientes diabéticos tipo 2, frente a la toma de decisiones sobre estilos de vida saludables.

En el estudio realizado por Harris y col., se encontró que hay un déficit en el conocimiento de la enfermedad y habilidad para su manejo y control entre el 50 y el 80%. (25)

La intervención educativa participativa, tiene un impacto superior sobre la educación tradicional, mediante la promoción de un nuevo estilo de vida en el paciente diabético tipo 2, (26)

La intervención educativa participativa contribuye a mejorar el nivel de control metabólico del LDL colesterol en comparación con las intervenciones tradicionales. (27) Tiene que ser capaz de motivarlo y encauzarlo para el autoconocimiento de su enfermedad, estimularlo para modificar su estilo de vida personal y familiar (28)

Las emociones

Ser diagnosticado con diabetes puede ser aterrador para el paciente, experimentando frecuentemente diversas emociones: Depresión manifestada como humor disfórico, apatía, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía, incluso ansiedad o tornarse pasivos, sumisos y dependientes de su red de apoyo, otros se preocupan tanto por su enfermedad que llegan a desarrollar conductas obsesivo-convulsivas.

Black y colaboradores (2003) afirma que la interacción de diabetes tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico que predice mayor mortalidad de enfermedades tanto micro como macrovasculares. (29)

Rodin (1983) afirma que es muy común encontrar baja autoestima y sentimientos de depresión en individuos diabéticos en especial cuando sufren un deficiente control metabólico (30).

Kalsekar y colaboradores (2006) consideran que el sistema familiar juega un papel importante en la evolución de la diabetes tipo 2, en la adherencia al tratamiento y por lo consiguiente en un mejor control metabólico (31)

El aspecto emocional y la convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, condicionando desinterés o motivación para que un

paciente diabético sienta la necesidad y deseos de vivir y con ello un mejor control de su enfermedad (32)

El individuo diabético cursa por 5 etapas a lo largo de la evolución de su enfermedad:

Etapa 1 o de negación del padecimiento, de duración variable, en la que se rechaza el diagnóstico.

Etapa 2 o de enojo o resentimiento, donde el paciente y la familia presentarán actitudes negativas hacia otras personas o entre sí mismas, culpándolas de la situación.

Etapa 3 o de pacto, donde los miembros de la familia abandonan las actitudes negativas para replantear aquellas que puedan beneficiar al enfermo.

Etapa 4 o de depresión, en la que el paciente tiende al aislamiento al abrumarse con el peso de su enfermedad y la repercusión que ocasiona en su familia.

Etapa 5 o de resignación o aceptación de su enfermedad.

El apoyo familiar es la clave en el control metabólico de la enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico (33)

Aguilera y colab. En 2003 encontraron que las mujeres postmenopáusicas presentan mayor sintomatología depresiva que las premenopáusicas y más aún que los hombres, además que el paciente que recibe mayor apoyo por sus familiares y amigos los niveles de depresión son menores y la ansiedad va a ser mayor a medida que el paciente va avanzando en su enfermedad. (34)

Aguilar-Zavala (2004) no encontró diferencias significativas para depresión y ansiedad en los pacientes de recién diagnóstico de diabetes tipo 2 comparado con los de más de 5 años de diagnóstico encontrando que percibían más depresión los que tenían menor apoyo social y menores ingresos; y los que percibían mayor ansiedad eran los que tenían más de 5 años de diagnóstico de la enfermedad. (35)

Apego a tratamiento

Se define apego al tratamiento como la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, toma de medicamentos, seguir las dietas o transformar su estilo de vida. El apego al tratamiento es importante para evaluar la evolución clínica, ya que una alianza terapéutica entre el paciente y el médico es necesaria para el éxito del tratamiento.

La falta de apego al tratamiento implica grandes erogaciones económicas, ya que más de 10 % de los ingresos hospitalarios se deben a esta causa.

Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí, desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración breve de la consulta, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil,

intolerancia a los medicamentos, uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidas propiedades medicinales.

Es necesario enfatizar al paciente la aceptación de su padecimiento e identificar los trastornos afectivos y de ansiedad que contribuyen a un inadecuado apego terapéutico y su correlación con el control metabólico, con el fin de efectuar programas tendientes a modificarlos e incidir así en el control metabólico en el paciente diabético (36)

Para determinar el estado de salud o enfermedad de las personas se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o con el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo había la necesidad de un instrumental para medir el estilo de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

López Carmona JM y col. en México en el 2003, desarrollaron el primer instrumento autoadministrado para medir el estilo de vida en diabéticos (IMEVID), el cual mide los componentes del estilo de vida relacionados con diabetes; anteriormente se habían utilizado otros cuestionarios como el FANTASTIC y el Health-Promoting Lifestyle Profile HPLP para medir estilo de vida siendo de tipo genéricos para aplicación en población general y no a personas con enfermedades específicas. El instrumento IMEVID fue validado mediante consenso de expertos y panel multidisciplinario formado por médicos internistas, endocrinólogos, psicólogos clínicos, médicos familiares, nutricionistas e investigadores clínicos.

Este instrumento consta de 25 ítems, agrupados en 7 dominios que incluyen: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y apego a tratamiento

Escala de calificaciones del instrumento IMEVID

Se asignan calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuesta, y corresponde al valor más alto para la conducta deseable, obteniéndose una escala de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. El estilo de vida favorable será el valor igual o mayor a la mediana. La mediana de las calificaciones para nutrición es de 26 puntos, actividad física de 6, consumo de tabaco 8, consumo de alcohol 8, información sobre diabetes de 4, emociones 6 y apego a tratamiento 14, con una mediana de 72 para un estilo de vida adecuado.

El IMEVID nos permite conocer el estilo de vida de pacientes diabéticos tipo 2, identificar conductas de riesgo que pueden ser modificables e incidir en la evolución de esta enfermedad.

El análisis de su construcción indicó una consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y una consistencia externa test - retest mediante coeficiente de correlación de Spearman altas, siendo una

herramienta útil con fines clínicos y de investigación relacionada con la diabetes.(37, 38)

Martínez Bermúdez en 2004 y López Carmona evaluaron la validez de constructo de este cuestionario (IMEVID) en 412 pacientes con diabetes tipo 2 concluyendo que es específico para conocer el estilo de vida de estos pacientes Corona Meléndez, 2006 y 2007 demostró estadísticamente existe relación entre un buen estilo de vida y el control glucémico. (39)

Hay evidencias sobre los beneficios que se obtienen al modificar el estilo de vida para prevenir o retardar el desarrollo de diabetes tipo 2 en grupos de alto riesgo. En 1997, 2001, 2002 se realizaron estudios controlados en diferentes países en los cuales se determinó que la reducción moderada de peso mediante una alimentación equilibrada y saludable así como el incremento en la actividad física logró la reducción de entre un 40 a 60% el riesgo de diabetes en un periodo de 3 a 4 años.

Un programa piloto llamado las 7 Leyes del paciente diabético, realizado en la Habana buscaba mejorar la calidad de vida en el paciente diabético, mostró disminución en la mortalidad, en los ingresos hospitalarios secundarios a complicaciones y por consiguiente la disminución de costos por la enfermedad. (40)

La prevención y control de la diabetes mellitus a nivel poblacional impone serios retos a los servicios de salud públicos, pues tratándose de una patología compleja que requiere la administración de medicamentos, el control de diversos indicadores metabólicos (glucemia, lípidos, colesterol, proteinuria), somatométricos (peso) y fisiológicos (presión arterial), además de la realización de actividades físicas, el apego a una dieta, la detección oportuna de los daños micro y macrovasculares, y el cuidado general de la salud para evitar o retardar las complicaciones.

Esta gama de acciones debe reforzarse con mensajes educativos que hagan consciente y participativo al paciente y a la familia de la importancia de modificar el estilo de vida así como su apego y constancia en el tratamiento integral de su problema de salud. (41)

Planteamiento del problema

En nuestros días la diabetes ha sobrepasado cifras pronosticadas de incidencia, siendo la principal causa de enfermedad, incapacidad y muerte. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han elevado la incidencia mundial de diabetes, sobre todo de la Diabetes Mellitus tipo 2.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el número de personas con diabetes en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. La diabetes tendrá un incremento del 35% en prevalencia en el mundo entero (de 4.0 a 5.4%), con mayor magnitud en los países en desarrollo (48%) y menor en los industrializados (27%). Esto significa que el número de adultos con diabetes se incrementará en 122%.

En estudios realizados durante la década pasada se reporta una prevalencia entre 8 y 9% en la población mexicana y se calculó que podría llegar a 12.3% en el año 2025.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Diabetes Mellitus tipo 2 se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de la demanda en la consulta de Medicina Familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades.

En el 2002 se reportaron cifras de internamiento y de egreso hospitalario de 62745 y 17042 defunciones.

Ocupando el primer lugar como causa de muerte (20% mujeres y 15% hombres).

Se coloca a la DM como una enfermedad de mayor carga social y financiera para las instituciones de salud, por los elevados costos para su atención tanto en manejo hospitalario como ambulatorio, debido a complicaciones de esta y a la pérdida de productividad del diabético.

Se estima que en México el costo de su atención puede ser entre el 5 y 14% de los gastos destinados a asistencia médica ascendiendo los costos a 2618 millones de dólares anualmente. En el IMSS el gasto anual excedió los 2000 millones de pesos (periodo de 1992 a 1997).

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población, siendo los patrones socioculturales y las características propias del individuo factores importantes, un estilo de vida más saludable puede ayudar en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, teóricamente, se refiere que la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la morbi-mortalidad global hasta en un 43%.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Por lo que nos realizamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el estilo de vida del paciente diabético tipo 2 derechohabiente al IMSS en San Juan del Río, Querétaro?

Justificación

Se desconoce el estilo de vida en el que se desenvuelve el paciente diabético tipo 2 en el área de San Juan del Río; considerando que esta es una enfermedad crónico-degenerativa que va en aumento en el mundo entero, previéndose en un futuro incrementos en el número de adultos con diabetes hasta del 122% por lo que sería de gran utilidad tener información sobre este rubro, el cual nos permitiría identificar conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por el paciente que podemos modificar y por lo tanto tratar de incidir en el curso de la evolución de esta enfermedad y en la aparición de complicaciones; que pueden ser potencialmente modificables mediante el cambio en el estilo de vida.

La diabetes tipo 2 es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales, entre los que el estilo de vida tiene un papel primordial, la modificación de estilos de vida inadecuados puede retrasar o prevenir la aparición de complicaciones propias de la enfermedad; siendo algunos dominios dentro del estilo de vida modificables como el tipo de alimentación, la actividad física realizada, consumo de alcohol, tabaco o drogas, la información que la persona tiene sobre la enfermedad, los aspectos psicológicos como la forma en que el paciente percibe los diversos síntomas, su significado tanto para el como para su familia y el apego a su tratamiento.

El impacto psicosocial de la diabetes en los miembros de la familia es considerable, pudiendo presentarse en todas las fases del ciclo de vida familiar, desde la fase de expansión hasta la de retiro, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas, por lo que los estilos de vida saludables son fundamentales para una mejor adaptabilidad y salud familiar

Además al conocer los estilos de vida saludables se ofrecen beneficios colaterales más allá de la reducción del riesgo de diabetes, como disminución de la presión arterial, mejoría de la dislipidemia y una mejor calidad de vida.

Compite a los médicos de primer contacto con la familiar, la identificación de los componentes de estilos de vida que pueden ser modificables para proporcionar conserjería individual o familiar de manera adecuada y oportuna así como proponer la integración de los pacientes en programas grupales de intervención dirigidos a fomentar estilos de vida favorables para lograr un mejor control metabólico que repercuta en una buena calidad de vida.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar las variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación
- 2.- Identificar si el sexo interviene en el estilo de vida del paciente diabético tipo 2
- 3.- Identificar si el tiempo de evolución de la enfermedad, modifica el estilo de vida del paciente diabético tipo 2
- 4.- Identificar el estilo de vida del paciente diabético tipo 2 mediante el cuestionario IMEVID (nutrición, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, información sobre diabetes, emociones y apego a tratamiento)

Metodología

Tipo de estudio: prospectivo, descriptivo, transversal

Universo

Pacientes diabéticos tipo 2

Población:

Pacientes derechohabientes al IMSS con diabetes tipo 2 de las Unidades de Medicina Familiar No. 6 y 7 en San Juan del Río, Querétaro.

El presente estudio se realizó en pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes del IMSS de las unidades de medicina familiar No. 6 y No 7 ambos turnos de San Juan del Río, Qro. en el periodo del 16 de febrero al 30 de mayo del 2009, se realizó prueba piloto para determinar la validez externa del cuestionario, posteriormente previa autorización de hoja de consentimiento informado, se aplicó por el investigador un cuestionario para medir las variables sociodemográficas y el cuestionario IMEVID a 362 pacientes, eliminándose 9 por respuestas incompletas, se concentró la información en base de datos de Excel, se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central (porcentajes, mediana, desviación estándar) y Chi², se procesaron los datos mediante el paquete SPSS v.12 considerándose el valor de $p < 0.05$; los resultados se muestran en tablas y gráficas.

Criterio de inclusión:

Pacientes diabéticos tipo 2 derechohabientes del IMSS

Pacientes diabéticos tipo 2 que deseen participar en el estudio firmando hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes diabéticos tipo I

Pacientes diabéticas embarazadas

Criterios de eliminación:

Pacientes que no contesten el cuestionario al 100%

Tamaño de muestra:

No necesaria

Muestreo:

No probabilístico por cuota.

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Cualquiera de los periodos de la vida humana	Años cumplidos que el paciente refiera en el momento del estudio	Cuantitativa	Años
Edo. civil	Situación tipificada en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma	El estado civil que el paciente refiera en el momento del estudio	Cualitativa nominal	Soltero, casado, viudo, divorciado Unión libre
Ocupación	Empleo, oficio o dignidad	Oficio o empleo al que se dedique el mayor tiempo.	Cualitativa nominal	Hogar, Obrero Comerciante Empleado profesionista, jubilado o pensionado, desempleado
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente	Analfabeta, Primaria, secundaria, preparatoria, profesional	Cualitativa ordinal	analfabeta primaria, secundaria, preparatoria, profesional,
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra y les asigna una función específica en la generación	La mencionada por el individuo en el momento del estudio.	Cualitativa	Masculino Femenino
Estilo de vida	patrones de conducta que se han elegido de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad de elegir y a sus circunstancias socioeconómicas	Mediante cuestionario IMEVID (nutrición, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco, información sobre diabetes, emociones apego a tratamiento)	Cualitativa ordinal	Adecuado Inadecuado
Años de evolución	Sucesión de fases de una enfermedad.	Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa	Años

ASPECTOS ETICOS:

El presente estudio se apega a lo establecido en:

- Manual de organización del Instituto Mexicano del Seguro Social consejo Técnico, Acuerdo No. 7802, octubre de 1980.

- Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No. 1516/84 del 20 junio de 1994.

- Plan Nacional de Desarrollo 1983 – 1988. Poder Ejecutivo Federal Parte II, apartados 7.4 y 8.12 parte III, apartado 10.2
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.

- Ley General de Salud; Artículo 2º., Fracción VII, artículo 3º., Fracción Título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

- Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981., publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.

- Decreto Presidencial del 8 de junio de 1982 publicado en el Diario Oficial. Del 4 agosto de 1982, que establece la formación de comisiones de Bioseguridad en las instituciones donde se efectúen investigaciones que utilicen radiaciones o trabajo en procedimientos de ingeniería genética.

- Declaración de Helsinki, Modificación de Tokio, Revisada por la XXX Asamblea Mundial, Tokio, Japón 1975.

Resultados

De los 362 cuestionarios realizados se eliminaron 9 por respuestas incompletas. De 353 pacientes encuestados, 224 (63%) corresponden al sexo femenino y 129 (37%) al sexo masculino, encontramos la edad similar en mujeres y hombres siendo de 56 ± 12 años; del total de pacientes el 79% se encuentran entre los 41 a 70 años (gráfica 1).

El 77% de los pacientes son casados (gráfica 2); en relación a la escolaridad encontramos el 51% con primaria, el 16.6 % son analfabetas y el 5.4 % con carrera técnica o profesional. (gráfica 3)

El 59% se dedica al hogar. (gráfica 4)

El resultado en general del estilo de vida en nuestra población en estudio fue adecuado con una mediana de 72.

Con respecto a los dominios valorados por el instrumento los resultados fueron: 60 % de nuestra población estudiada tuvieron un estilo de vida adecuado en el dominio de nutrición con una mediana de 26, en donde las mujeres reportan un mayor estilo de vida adecuada con un 65% en comparación con los hombres que reportan un 50%. (cuadro 1) (gráfica 6)

En el dominio de actividad física en general se reporta un adecuado estilo de vida en el 69%, con una mediana de 6, siendo el estilo de vida adecuado mayor en los hombres en un 74% en comparación con las mujeres que fue de 67%. (cuadro 1) (gráfica 6)

En el dominio de consumo de tabaco en general la mediana fue de 8 (88%), en donde las mujeres resultan con un mayor estilo de vida adecuado en el 93% en comparación con los hombres con un 81%. (cuadro 1) (gráfica 6)

En general el dominio de consumo de alcohol resulto con una mediana de 8 (72%) para un estilo de vida adecuado, en donde las mujeres reportan un mayor estilo de vida adecuado en el 82% y los hombres es del 56 %. (cuadro 1) (gráfica 6).

En general el 65% de nuestra población estudiada se reporta con un estilo de vida adecuado en el dominio de información sobre diabetes donde la mediana fue de 4, las mujeres resultan con un mayor estilo de vida adecuado en este dominio con un 66% en comparación con los hombres que reportan un 62%. (cuadro 1) (gráfica 6).

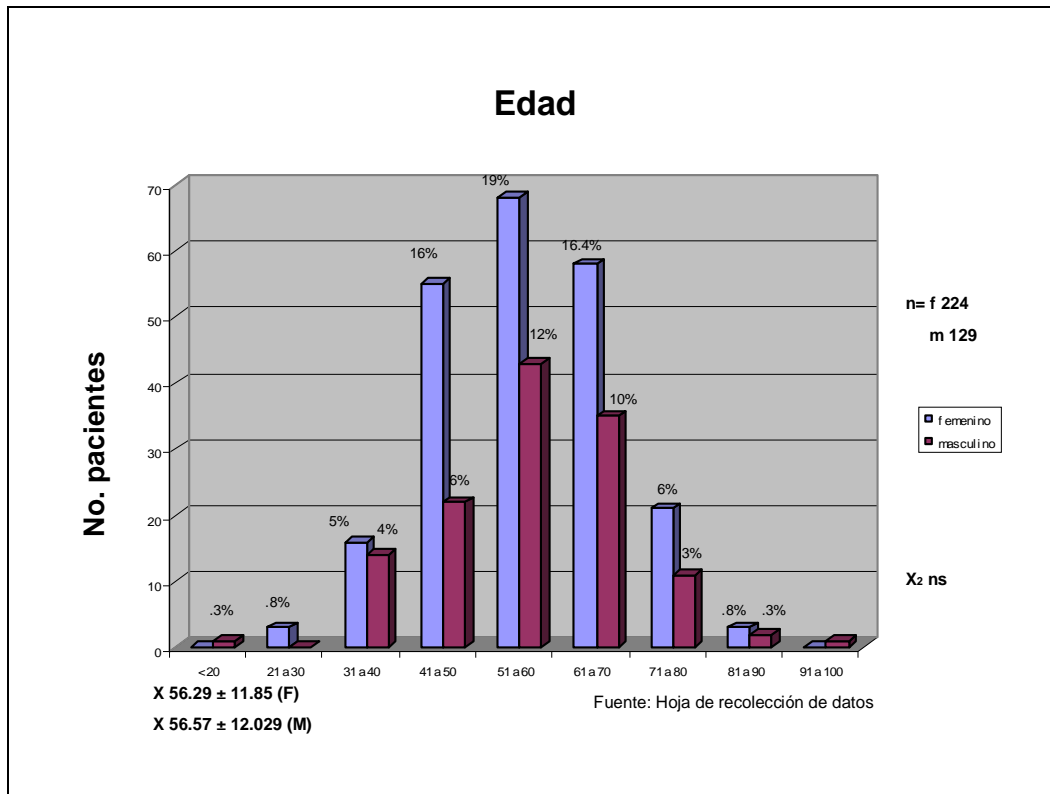
Respecto al dominio de emociones el 51% de la población estudiada reporto un estilo de vida adecuado con una mediana de 8, en este dominio los hombres resultaron con un mayor estilo de vida adecuado (56%) que las mujeres (48%). (cuadro 1) (gráfica 6)

La adherencia a tratamiento en general fue del 65% con una mediana de 14, siendo igual en hombres que en mujeres con un 65%. (cuadro 1) (gráfica 6)

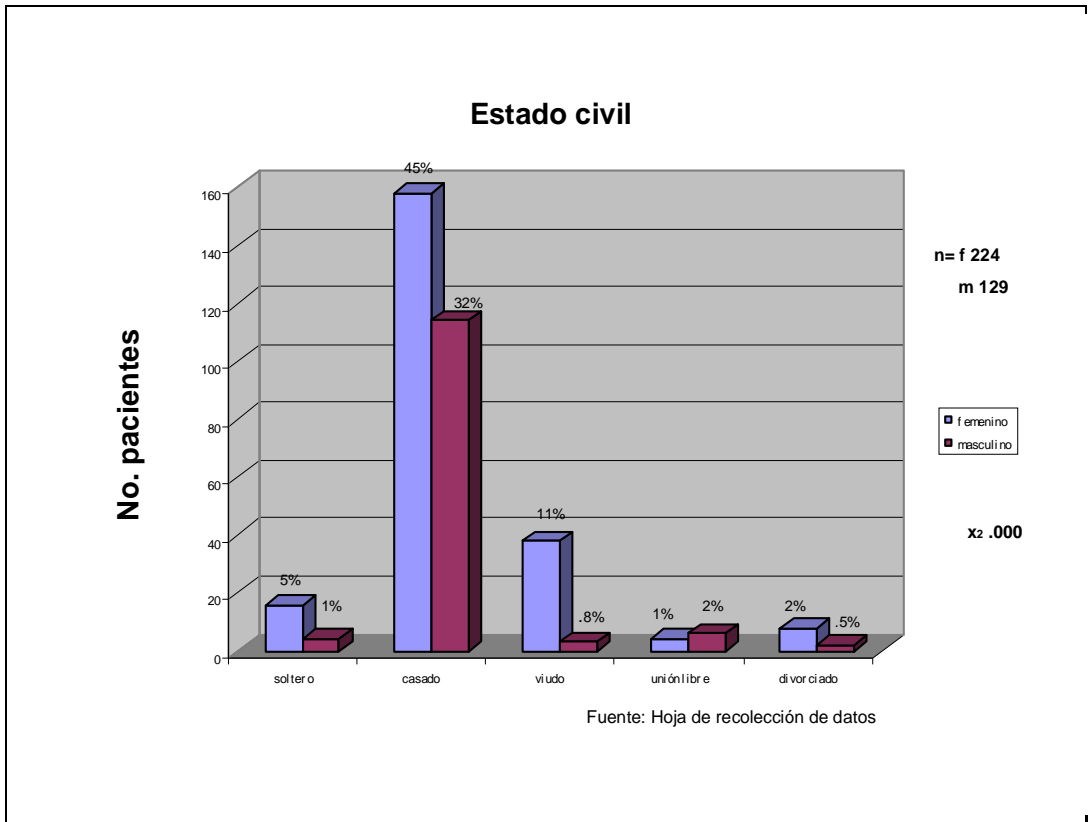
El 66% de nuestra población estudiada tiene 10 o menos años de evolución, de estos el 41% corresponde al sexo femenino. (gráfica 5)

En relación del tiempo de evolución con el estilo de vida de nuestra población estudiada, se observó que el 32% de los que presentan un tiempo de evolución de menos de 10 años resultaron con un estilo de vida inadecuado, mejorando el estilo de vida a mayor tiempo de evolución de la patología. (gráfica 7)

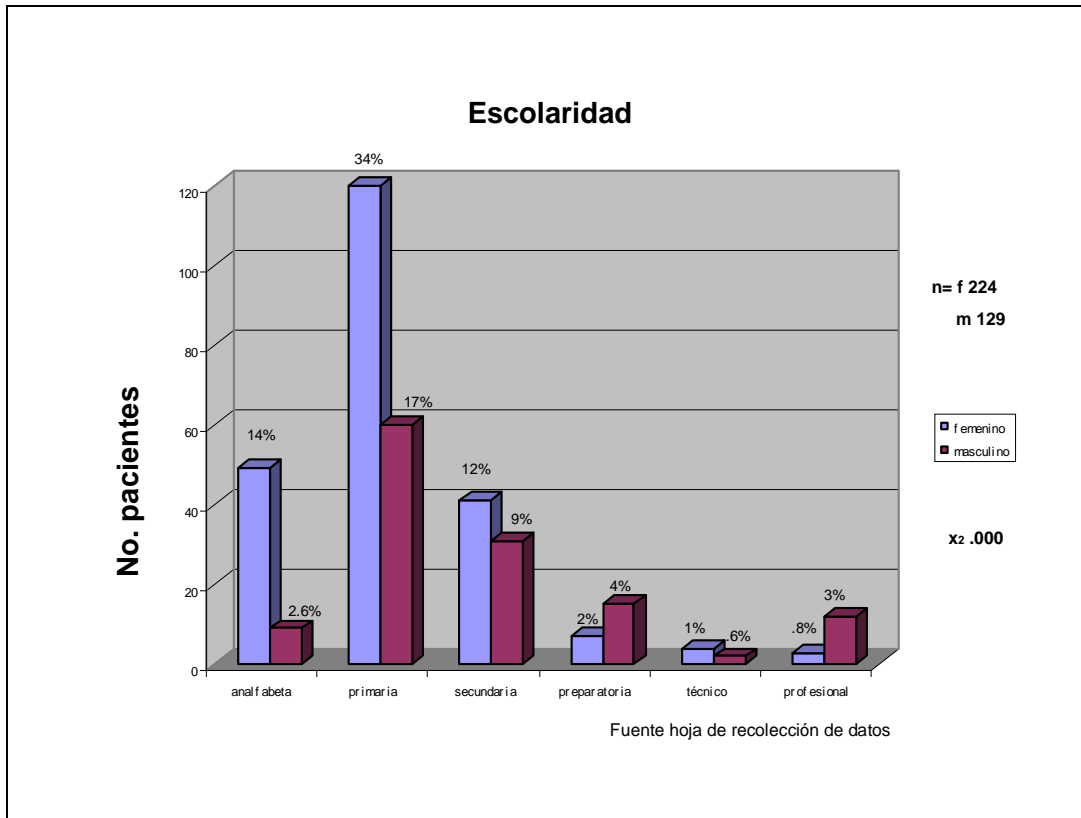
GRAFICAS Y CUADROS



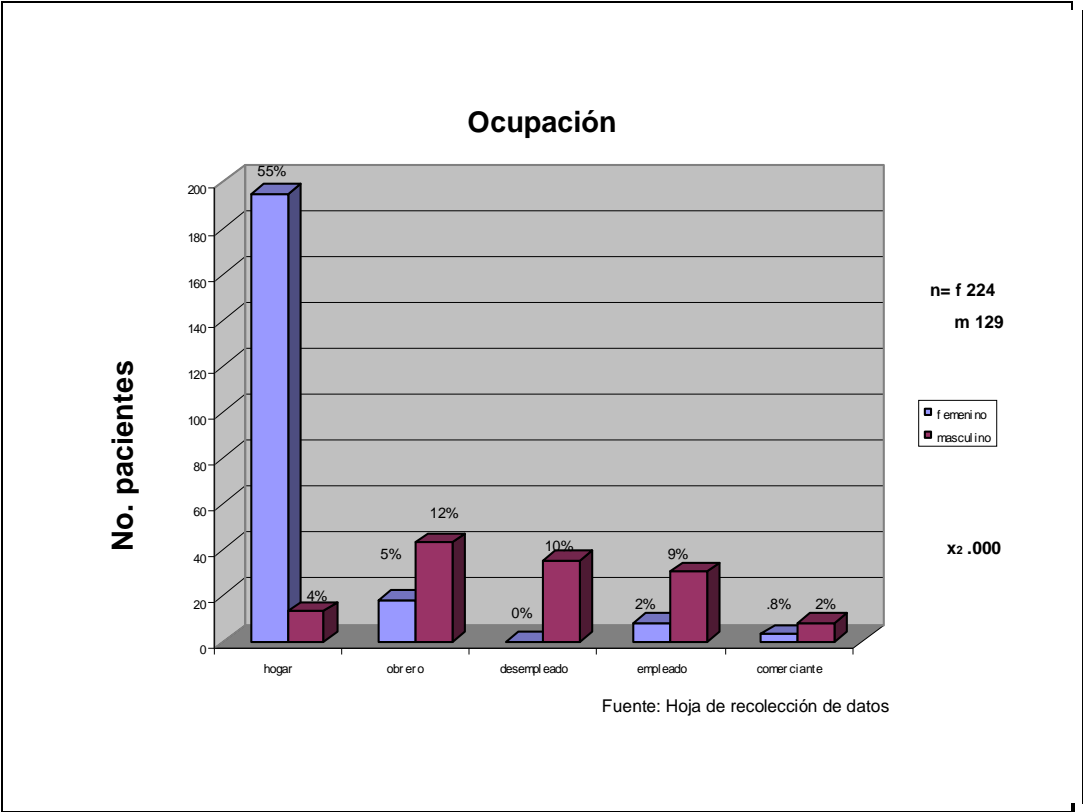
Grafica 1. De los 353 pacientes, 224 corresponden al sexo femenino y 129 al sexo masculino encontrando edades similares en mujeres y hombres con un promedio de edad de 56 ± 12 años, del total de pacientes el 79% se encuentran en entre los 41 a 70 años.



Grafica 2. De los 353 pacientes el estado civil que predomina es el de casado en un 77%.



Grafica 3. De los 353 pacientes el 51% tiene primaria, el 16.6 % son analfabetas y solo el 5.4 % cuenta carrera técnica o profesional.



Grafica 4. El 59% de los pacientes se dedica al hogar, con predominio del sexo femenino y el 31% con algún tipo de actividad laboral.

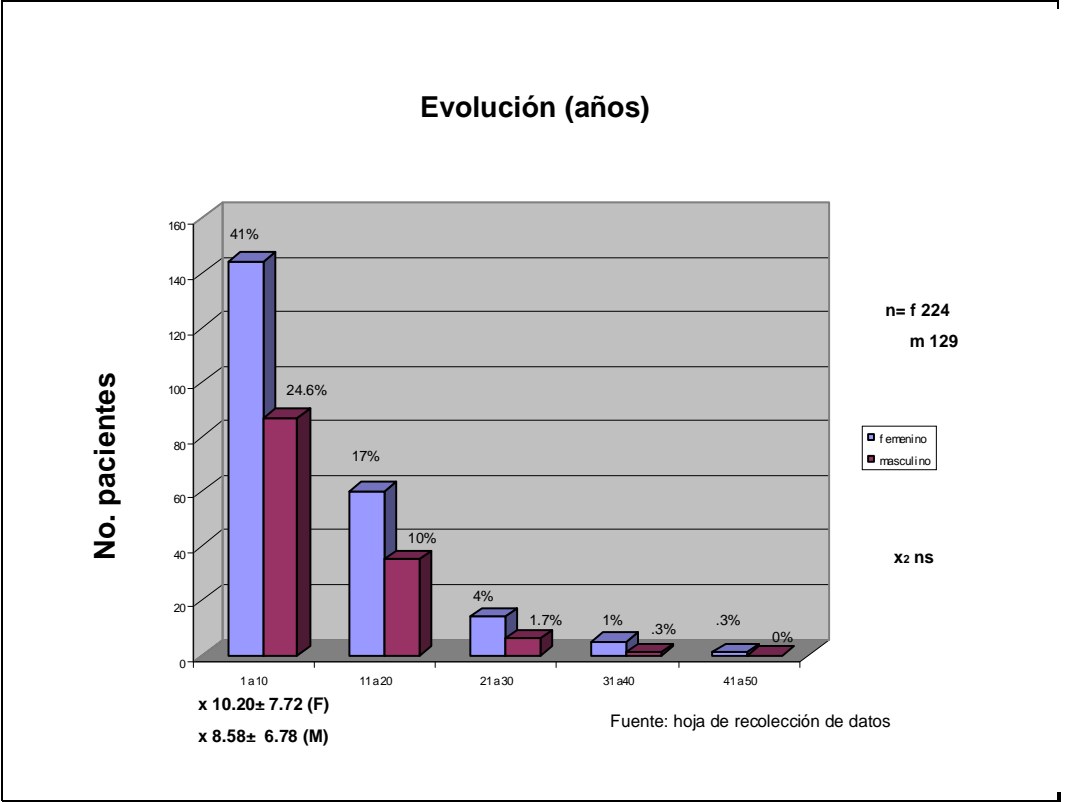
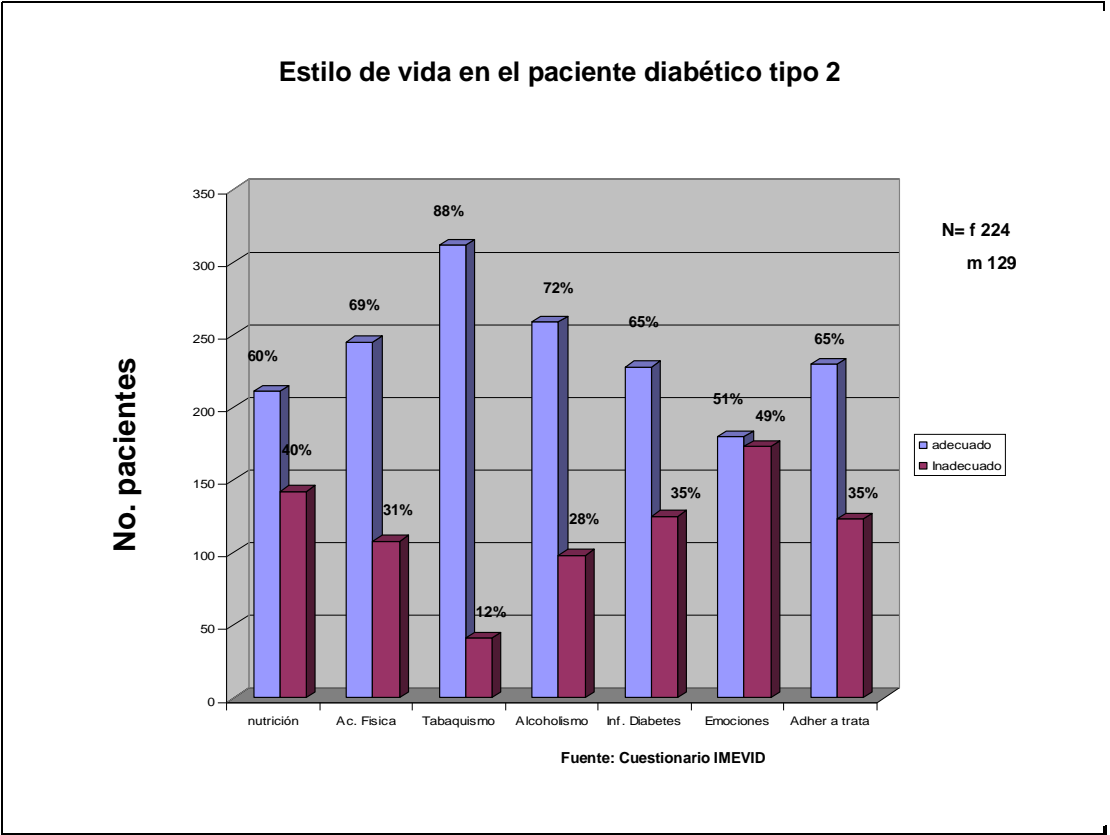
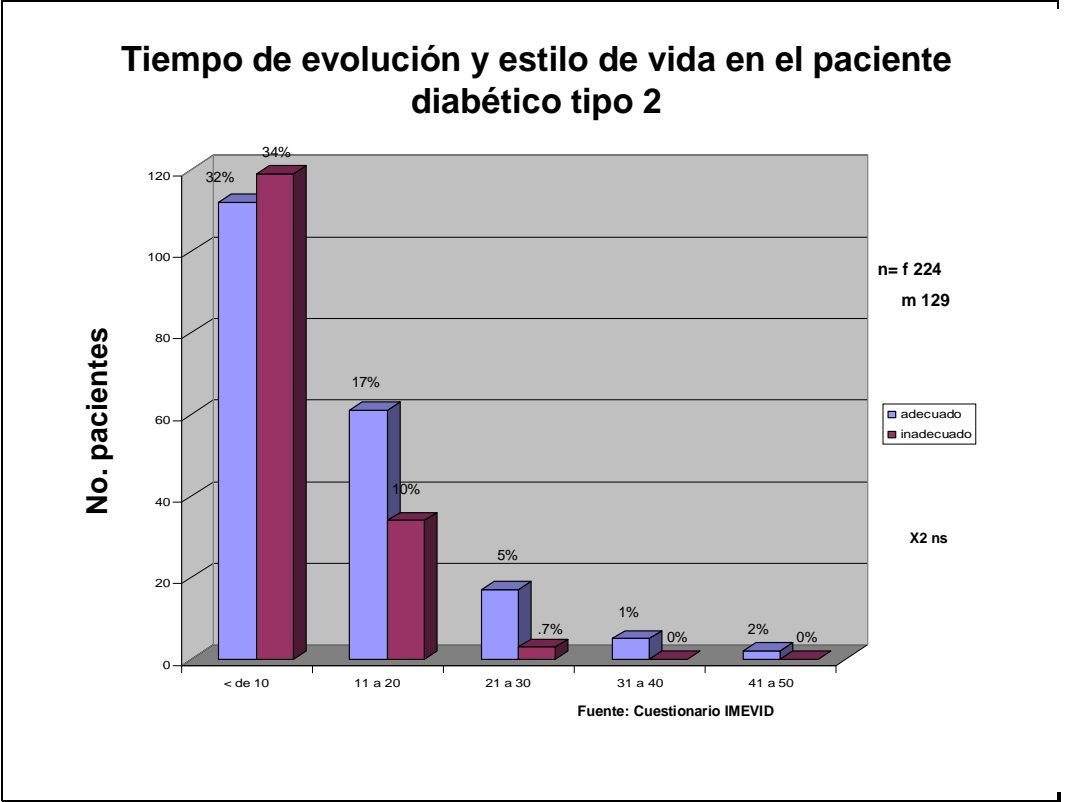


Figura 5. El 65.6% de los pacientes tiene de 1 a 10 años de evolución, correspondiendo el 41% al sexo femenino, otro incremento significativo se presenta de los 11 a 20 años con un 27%.



Grafica 6. Se indica el porcentaje de pacientes con estilo de vida adecuado para cada uno de los dominios.



Grafica 7. El 66 % de los pacientes tiene hasta 10 años de evolución de ser diabéticos, siendo el estilo de vida más adecuado con el aumento del tiempo de evolución.

Estilo de vida en el paciente diabético tipo 2

Dominio	Mujeres 224				Hombres 129			
	Adecuado	%	Inadecuado	%	Adecuado	%	inadecuado	%
Nutrición	146	65	78	35	65	50	64	50
Actividad física	149	67	75	33	96	74	33	26
Alcoholismo	208	93	16	7	104	81	25	19
Tabaquismo	183	82	41	18	72	56	57	44
Información sobre diabetes	148	66	76	34	80	62	49	38
Emociones	108	48	116	52	72	56	57	44
Adherencia a tratamiento	146	65	78	35	84	65	45	35

Fuente: Cuestionario IMEVID

Cuadro 1. Las mujeres tienen mejor estilo de vida en los dominios de nutrición, alcoholismo, tabaquismo, información sobre diabetes que los hombres y estos en emociones y adherencia a tratamiento.

Discusión

El medir el estilo de vida de una manera objetiva es difícil, debido a las múltiples dimensiones que lo componen, sin embargo se ha demostrado que la modificación en los estilos de vida de una población ha contribuido a prevenir la aparición de la enfermedad y/o modificación de esta.

En nuestro estudio las variables sociodemográficas encontradas son semejantes con la de los estudios realizados por de los Ríos en 2004 y López-Carmona en 2004 y 2006.

Al igual que en estos estudios y los observados en la Encuesta Nacional de Salud 2000, nosotros encontramos que las mujeres tienen una mayor participación y acuden con mas frecuencia que los hombres a la atención médica, con una edad de 40 a 60 años predominantemente, el hogar como principal ocupación, el estado civil que predomina es de casados y la escolaridad menor de 6 años.

La nutrición es parte integral de la asistencia y del control de la diabetes sin embargo las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético no difieren de las directrices de dieta equilibrada para la población general salvo en la necesidad de repartir la toma de hidratos de carbono a lo largo de día y en el número de tomas.

En el dominio de nutrición el estilo de vida de nuestra población fue adecuado en un 79 y 74 % para mujeres y hombres respectivamente, lo que no concuerda con B. Cánovas y cols. en donde el 43% de los casos tienen sobrepeso y el 35 % con obesidad.

El estilo de vida de los pacientes con diabetes tipo 2 en nuestro estudio es similar al reportado por el estudio de López-Carmona en 2001, donde los hombres tuvieron un estilo de vida adecuado en actividad física y emociones. La prevalencia del sedentarismo en México es del 60-80%.

En México en 2002, el 44.8% de la población consumía alcohol siendo el mayor índice entre los varones de 30 a 39 años, mientras que entre las mujeres se dio en el grupo de 40 a 49 años, nosotros encontramos en nuestro estudio que el estilo de vida en este dominio fue adecuado en nuestros pacientes diabéticos en un 93% para mujeres y un 81% para hombres, no así el de tabaquismo que fue inadecuado para los hombres en un 44%.

En nuestro estudio los hombres en el dominio de emociones, se encontraron con mejor estado emocional que las mujeres, lo que pudiera explicarse por la expectativa social de este género.

Aguilera-Peña (2003) encontró que mujeres postmenopáusicas diabéticas presentan mayor sintomatología depresiva que los hombres como lo encontrado en nuestro estudio, aunque esta relación no fue objetivo de estudio.

Kalsekar y col. en 2006 consideraron que la depresión impacta significativamente a la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y sugiere una evaluación de depresión en el protocolo de estos pacientes.

Harris y colaboradores, reporta un déficit en el conocimiento de la enfermedad y habilidad para manejo y control entre el 50 y el 80%, mas alto que en nuestra población estudiada.

Nosotros encontramos que el 66% de las mujeres y 62% de los hombres están interesados en obtener información sobre diabetes.

En nuestra población estudiada a mayor tiempo de evolución se encontró un estilo de vida mas adecuado en todos los dominios; debido probablemente por haber estado expuestos más tiempo a actividades de consejería individual y grupal durante los años que han acudido a su control médico, así como tener más redes sociales de apoyo.

Vázquez M, Gómez D, Fernández C. reportan como falta de apego al tratamiento hasta un 46%; la falta de apego a la dieta y al ejercicio en nuestro estudio fue de 34-35% con cifras por debajo de lo reportado.

Conclusiones

El estilo de vida de la población diabética tipo 2 derechohabiente al IMSS de las UMF No. 6 y 7 en San Juan del Río, es adecuado en los dominios de nutrición, alcoholismo y emociones en hombres y mujeres.

Es inadecuado en mujeres para actividad física.

Es inadecuada en hombres para tabaquismo.

Es inadecuado para información sobre diabetes.

La adherencia a tratamiento en ambos sexos es inadecuada.

A pesar de haber aplicado cuestionario dirigido a los pacientes se observó en algunos dominios como nutrición por ejemplo que las respuestas no fueron honestas ya que los IMC no corresponden a una nutrición adecuada, aunque este no fue el motivo de estudio, consideramos conveniente que en estudios posteriores se sensibilice al paciente sobre la honestidad de sus respuestas para que los resultados sean más congruentes.

Por lo anterior consideramos conveniente realizar un abordaje en la atención de forma multi, intra e interdisciplinaria por parte del equipo de salud.

Instrumentar programas preventivos que incidan en la modificación de los estilos de vida más adecuados.

Sería conveniente explorarse la relación del estilo de vida con el control metabólico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías Alad 2000 para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. Rev Asoc. Latinoam Diab 2000; Supl.1, Ed. Extraordinaria.
2. Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414:782-778.
- 3.- Violante Ortiz R, Mateo Porres Aguilar M. Diabetes: un enfoque epidemiológico y preventivo. Med Int Mex 2005; 21:386-92.
4. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27:1047-1053.
- 5.- Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- 6.- Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública Mex 2007; 49 supl 3:S331-S337.
- 7.- Fuentes-Facundo LA, Lara-Loya M, Rangel-Vega G. Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. Rev. Enferm. IMSS 2004; 12 (2): 79-82
- 8.- Varela Arevalo M, Arrivillaga Quintero M, Cáceres de r DL., Correa Sánchez D, Holguín Palacios E. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Acta colombiana de psicología. 2005; 14(2), 69-85.
- 9.- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344: 1343-50.
- 10.- Hernández Héctor y Hernández. ¿Deben ser tratadas la hipertensión y la diabetes por los cardiólogos? Rev. Mex Cardiol 2002; 13 (2): 49-50.
- 11.- Vázquez M, Gómez D, Fernández C. Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Rev. Med Inst Seguro Soc 2006; 44 (1): 13-26.
12. - Federación Mexicana de la Diabetes (2008). Los números de la diabetes en México. Página de la Federación Mexicana de la Diabetes. Disponible en línea en http://www.fmdiabetes.org/v2/paginas/d_numeros.php.
- 13.- [http:// es.wikipedia.org/wiki/estilo de vida](http://es.wikipedia.org/wiki/estilo_de_vida)

[http://enciclopedia.us.es/index.php/estilo de vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/estilo%20de%20vida)14.- who. Life styles and health. Social Sciencean Medicine 1896; 22(2): 117-124

15.- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002 Feb 7; 346(6):393-403.

16.- Myers KA. Lifestyle changes can prevent the development of diabetes mellitus. CMAJ (Revista electrónica) 2001 (Citada el 16 de febrero 2004):164(13):1885 Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/164/13/1885>

17.- Velazquez-López et al. Dieta personalizada en pacientes con diabetes y nefropatía. Rev Med IMSS 2008 (46) (1); 11-18.

18.- B. Cánovas, M. Alfred Koning, C. Muñoz y C. Vázquez. Nutrición equilibrada en el paciente diabético. Nutr Hosp 2001, 16:31-40.

19.- Flores-López et al. Dieta en el control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2008; 46 (3): 300-310.

20.- Anexo 4 Clase 5: Estilo de vida activo y calidad de vida

www.cult.gva.es/DGP/PREVENCIÓN/Prevenweb

21.- http://europa.eu/legislation_summaries/public_health

22.- <http://portal.iner.gob.mx/inerweb/GEN>

23.- Monteiro, Maristela G. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C: OPS, 2008.

24.- SSA-INEGI, Encuesta Nacional de Adicciones 2002, México, 2002.

Consultada en:

http://www.conadic.gob.mx/interior/menu_superior/investigacion_y_estadistica/enc_nal_adicciones_2002.html

25.- Harris MI, Eastman RC, Cowie CC, Flegal KM, Eberhardt MS: Racial and ethnic differences in glycemic control of adults with tipe 2 diabetes. Diabetes Care, 1999; 22:403-408.

26.- Arcega-Domínguez A. et al. Control de pacientes con diabetes. Impacto en la educación participativa versus educación tradicional. Rev Med. IMSS 2008; 46 (6): 685-690.

27.- Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez G, Vega-López MG, Centeno-López M.

Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL-colesterol en diabéticos tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001; 43:556-562.

El texto completo en inglés de este artículo está disponible en:

<http://www.insp.mx/salud/index.htm>

28.- Viniegra-Velazquez L. Enfermedades crónicas y educación. *Rev Med IMSS* 2006; (1): 47-59.

29.- Black SA, Markides Ray. Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican American with type 2 diabetes 3003.

30.- Velasco Campos ML. Manejo del enfermo crónico y su familia. México; Edit El Manual Moderno, 2001.

31.- Kalsekar ID et al. Depression in patients with type 2 diabetes: impact on adherence to oral hypoglycemic agents. *Ann Pharmacother* 2006. 40: 605-11.

32.- Méndez López, Gómez López y col. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (4): 281-284.

33.- Anzures Carro R, Chávez Aguilar V, García Peña C, Pons Álvarez O. *Medicina Familiar*. México, 1ª edición, 2008

34.- Aguilera-Peña et al. Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus and its relationship with cognitive function. 2003. *Diabetologia* 46: A 238

35.- Aguilar-Zavala, et al. Stress markers and emotional symptoms in patients with type 2 diabetes mellitus. 2004 International proceedings of the 12th International congress of Endocrinology 88; 577-580.

36.- Durán-Varela BR, Rivera Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001; 43:233-236.

37.- López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2003; 45:259-268.

38.-E. Martín, M.T. Querol, C. Larsson, M. Renovell, C. Leal. Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Av Diabetol*. 2007; 23(2): 88-93.

39.- López - Carmona, J. M., Rodríguez - Moctezuma, J., Ariza - Andraca, C. R. y Martínez-Bermúdez, M. (2004). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Atención primaria*, 33 (1): pp. 20 - 27.

40.- López-Carmona JM, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública Mex 2006; 48:200-211.

41.- Quirantes Hernández A. La calidad de la vida del paciente diabético. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000; 16(1):50-6.

Anexos

CUESTIONARIO IMEVID

Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el **Estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2**. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los **últimos tres meses**. Elija una sola opción marcando con una cruz **X** en el cuadro que contenga la respuesta elegida. Le suplicamos responder todas las preguntas. Fecha: _____/_____/_____

Nombre _____ Sexo M F Edad _____ años
 Ocupación _____ Escolaridad _____ Edocivil _____ Peso _____ Kg
 Tiempo de evolución _____

¿1. Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 -1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 -3	4 -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 qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?	3 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajo en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 o más veces 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	

Total _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SAN JUAN DEL RIO, QRO; _____ DEL 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado
ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE DIABETICO TIPO 2

Registrado ante el comité local de investigación en salud, en la U. M. F. No. 6 Y 7 de San Juan del Río,
Qro. El objetivo del estudio es:
DETERMINAR EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO TIPO 2.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **CONTESTAR UN CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR EL ESTILO DE VIDA QUE TENGO.**

Declaro que se me ha informado que no existe, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mí en participación en el estudio

CONTESTAR PREGUNTAS DE CEDULA POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA CUALSE ME ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación

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

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

Nombre, firma del paciente

Dra. María Rocío Díaz Rivera 9676317
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

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

4272737055 -(INVEST. PRINCIPAL), 01 427 10 52 662 (ASESOR)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
SAN JUAN DEL RÍO

GRÁFICA DE GANTT PARA CONTROL DE AVANCE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AVANCE
Selección y planteamiento del problema a investigar	P					XX	XX							
	R							XX	XX					
Presentación del planteamiento del problema con coordinador de educ. e invest. Médica	P									XX	XX			
	R													
Búsqueda de la información	P				XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX		
	R									XX	XX	XX		
Elaboración y presentación del protocolo de investigación	P							XX	XX	XX				
	R									XX				
Presentación del protocolo con el comité local de investigación para revisiones.	P										XX			
	R											XX		
Revisión del protocolo para presentación final	P												XX	
	R			XX										
Aplicación de prueba piloto del modelo de cedula	P	XX												
	R		XX											
Recolección de la información, aplicación de encuestas	P		XX	XX	XX	XX								
	R						XX							
Elaboración de base de datos en sistema epi-info ver. 6.0 y captura de datos	P					XX	XX	XX						
	R							XX	XX					
Análisis de la información y presentación preliminar	P								XX	XX				
	R									XX				
Presentación final del trabajo de investigación	P									XX	XX			
	R													