

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS  
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS  
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CICLO VITAL FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO DEL 2011 AL 2012”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

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

**PRESENTA  
M. C. JOSÉ ANTONIO MORENO ALBOR**

**DIRECTORA DE TESIS:  
E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ**

**REVISORES DE TESIS:  
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

**“CICLO VITAL FAMILIAR Y ESTILO DE VIDA, EN PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NÚMERO 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL  
PERIODO DEL 2011 AL 2012.**

## ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	6
I.1 Diabetes Mellitus.....	6
I.1.1 Antecedentes.....	6
I.1.2 Prevención.....	9
I.1.3 Detección.....	10
I.1.4 Diagnóstico.....	11
I.1.4.1 Diagnóstico de Diabetes en niños y Adolescentes.....	11
I.1.4.2 Diabetes Gestacional.....	12
I.1.5 Tratamiento y control.....	12
I.1.5.1 Manejo no Farmacológico.....	13
I.1.5.1.1 Plan de Alimentación.....	13
I.1.5.1.2 Educación para pacientes y familiares.....	14
I.1.5.1.3 Grupos de ayuda mutua.....	14
I.1.5.2 Manejo Farmacológico.....	14
I.2 Estilo de vida.....	15
I.3 Familia.....	18
I.3.1 Ciclo Vital Familiar.....	19
I.3.1.1 Etapas del Ciclo Vital Familiar.....	19
I.3.2 Ciclo Vital Familiar según Minuchin.....	20
I.3.3 Ciclo Vital Familiar según Geyman.....	21
I.3.4. Psicodinamismo de la enfermedad en el grupo familiar.....	22
I.3.4.1 Familia con enfermedad crónico degenerativa.....	23
I.3.4.2 Familia del niño con enfermedad crónica.....	23
I.3.4.3 Familia del adolescente con enfermedad crónica.....	23
I.3.4.4 Familia del adulto con enfermedad crónica.....	23
I.3.4.5 Familia del anciano con enfermedad crónica.....	23
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
II.1 Argumentación.....	24

II.2 Pregunta de Investigación.....	27
III. JUSTIFICACIONES.....	28
III.1 Académica.....	28
III.2 Epidemiológica.....	28
III.3 Científica.....	28
III.4 Educativa.....	28
III.5 Social.....	29
III.6 Económica.....	29
IV. HIPÓTESIS.....	30
IV.1 Elementos de la hipótesis.....	30
IV.1.1 Unidades de Observación.....	30
IV.1.2 Variables.....	30
IV.1.2.1 Dependiente.....	30
IV.1.2.2 Independientes.....	30
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.....	30
V. OBJETIVOS.....	31
V.1 General.....	31
V.2 Específicos.....	31
VI. MÉTODO.....	33
VI.1 Tipo de estudio.....	33
VI.2. Diseño del estudio.....	33
VI.3 Operacionalización de variables.....	33
VI.4 Universo de Trabajo y muestra.....	35
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	35
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	35
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	35
VI.5. Instrumento de Investigación.....	35
VI.5.1 Descripción.....	35
VI.5.2 Validación.....	37
VI.5.3 Aplicación.....	37
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	38
VI.7 Límite de espacio.....	38

VI.8 Límite de tiempo.....	38
VI.9 Diseño de análisis.....	38
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	39
VIII. ORGANIZACIÓN.....	42
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
X. CUADRO Y GRÁFICAS.....	48
XI. CONCLUSIONES.....	66
XII. RECOMENDACIONES.....	68
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	69
XIV. ANEXOS.....	72

## I. MARCO TEÓRICO.

### I.1. Diabetes Mellitus

#### I.1.1 Antecedentes

La epidemia de la Diabetes Mellitus es reconocida por la Organización Mundial de la Salud, como una amenaza mundial.<sup>1</sup> Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. En el 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debida a la diabetes, de la cuales alrededor del 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar la epidemia.<sup>1</sup>

Dentro de las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, Actualmente en nuestro país se ha difundido entre la población recomendaciones para disminuir el riesgo de padecer diabetes. De acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 es una enfermedad de muy alta prevalencia en México y un reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud, entre la población mayor de 20 años la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización. Este padecimiento afecta principalmente a la población de 50 a 69 años, que representa casi 50% de los egresos hospitalarios; en este grupo de edad, esta afección, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años (25.9% de los casos) y en los hombres de 50 a 59 años (25%). Sin embargo, en términos generales afecta en mayor medida a las mujeres.<sup>2</sup>

Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en el país en las últimas décadas se deben en buena medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida que en conjunto se denominan *determinantes proximales de las condiciones de salud*. Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. A estos riesgos habría que añadir los desastres naturales. Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y

las prácticas sexuales inseguras de lo que se ha denominado *determinantes positivos de las condiciones de salud*, dentro de los que se incluyen el consumo de alimentos con alto valor nutricional, la actividad física, el consumo responsable de bebidas alcohólicas, la reducción del consumo de tabaco, la reducción del consumo de drogas ilegales y drogas médicas no prescritas, la sexualidad responsable y protegida, y la vialidad segura.<sup>2</sup>

En México la Diabetes Mellitus tipo 2, ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos, con más de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales.<sup>3</sup>

En 1940, la diabetes no formaba parte de las principales causas de mortalidad en México, al registrar una tasa de 4.2 defunciones por cada 100,000 habitantes.

El padecimiento era considerado como una patología de baja frecuencia, ya que sólo afectaba a una de cada cien personas adultas. La trascendencia y magnitud de la enfermedad se incrementó paralelamente al proceso de transición epidemiológica que afectó al país en las últimas décadas del siglo pasado, en que empezó a formar parte de las principales causas de muerte en el país. En 1980 y en 1990 las tasas de mortalidad por diabetes se incrementaron significativamente a 21.8 y 31.7 defunciones por cada 100,000 habitantes, ocupando el noveno y cuarto lugar, respectivamente. En 2000 la tasa aumento a 46.8 y, actualmente, se estima en 62.0 por cada 100,000 habitantes, siendo la tercera y segunda causa de muerte en esos años.<sup>3</sup>

A partir del año 2000, la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en mujeres. En los hombres fue la segunda causa de muerte después de la cardiopatía isquémica, padecimiento asociado con bastante frecuencia a la diabetes. En 2006, la diabetes representó 13.8% de todas las muertes ocurridas en el país con una edad promedio al morir de 66 años.

El análisis de las tasas de mortalidad estandarizada muestra una tendencia ascendente entre 2001 y 2005, al pasar de 79.9 a 89.9 por 100,000 habitantes en mujeres y de 73.7 a 86.1 en hombres. La mortalidad por diabetes ha tenido un ritmo de crecimiento de 6% en los últimos siete años.<sup>3,4</sup>

En el año 2006 se reportaron 394,360 casos nuevos, de los cuales un tercio corresponden a población abierta (35%) y más de la mitad a población derechohabiente (51%). Los estados con las tasas más altas fueron Morelos, Coahuila, Durango, Jalisco y Sinaloa. En el 2007, las cifras preliminares indican que se presentaron más de 406,000 casos.<sup>5</sup>

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA), la prevalencia nacional de diabetes mellitus para adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC95% 7.1-7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%).<sup>6</sup>

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 9.5%, lo que representa un total de 5.5 millones de personas con diabetes. En la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor (8.1%) que en la población rural (6.5%). La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la ciudad de México (8.1%).<sup>7</sup>

Uno de cada cinco diabéticos (19.6%) detectados a través de la ENSANUT presentó cifras menores a 8% de hemoglobina glucosilada (HbA1c); 40.0% osciló entre 8 y 12%, y el resto (40.4) registró cifras mayores a 12%, lo que refleja una cobertura de control de 20% en el país, muy por debajo de lo deseado. El análisis de datos por institución permite identificar que la cuarta parte (24.7%) de las personas con diabetes adscritas al Seguro Popular registraron cifras de control adecuadas, en contraste con 18.8% en derechohabientes del IMSS, 18.5% del ISSSTE, 17.8% de población no asegurada y 17.4% de otras instituciones de seguridad social. Los datos arrojados de esta misma fuente permiten inferir que las personas con diabetes no controlada tienen un riesgo más alto (25-40%) de sufrir amputación de miembros inferiores, con una frecuencia de hospitalización tres veces mayor. Información adicional relevante señala el antecedente de bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal durante la adolescencia, al igual que una mayor acumulación de grasa en el abdomen. Un alto porcentaje sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y ácido úrico antes de la aparición de la hiperglucemia.<sup>7</sup>

En México, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales, cabe señalar que según la dirección general de información en salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres de (33,310 muertes) con una tasa del 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y en hombres 64 por cada 100.000 habitantes, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento en este padecimiento. La Diabetes Mellitus no es un factor de riesgo cardiovascular, es un equivalente de enfermedad



cardiovascular, debido de que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de una cardiopatía isquémica.<sup>8</sup>

La Diabetes Mellitus es padecimiento complejo que lleva implícito una serie de situaciones, que comprometen el control de los pacientes, lo cual favorece el desarrollo de complicaciones, con los consecuentes trastornos en la calidad de vida, muertes prematuras e incremento de los costos de atención y tasas de hospitalización. Al igual que otros países México enfrenta problemas diversos que limitan la eficacia de los programas institucionales para la contención de esta enfermedad.

Destaca por su importancia el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de los pacientes, limitaciones de apoyo psicológico, nutricional, nula promoción de actividad física, auto monitoreo y escasa supervisión, de los servicios para alcanzar un adecuado apego al tratamiento.

El desarrollo metabólico y las consecuentes complicaciones se agravan cuando en los servicios de salud no se realiza una eficiente y oportuna detección y seguimiento de grupos con factores de riesgo, aunado a que en la población hay una percepción inadecuada y desconocimiento del riesgo para desarrollar diabetes mellitus. Lo anterior da lugar a que no se realice un diagnóstico oportuno y a que no se dé la pronta incorporación de los pacientes detectados al tratamiento.

Por consiguiente se debe señalar las altas tasas de comorbilidad que inciden en la gravedad de la diabetes y la presencia cada vez mayor de complicaciones micro y macro vascular por la falta de diagnóstico y tratamiento oportuno y de seguimiento a los pacientes. La escasa utilización de intervenciones eficaces deriva de que hasta en el momento no se han utilizado evidencia científica disponible en la materia para una mejor atención.<sup>8</sup>

### **I.1.2. PREVENCIÓN.**

La prevención es un pilar que debe evitar la aparición de la enfermedad, el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas, para lo cual debe de llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario y estrechamente vinculado que permita a través de sus acciones obtener impactos a través de sus acciones en la salud de los pacientes con factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus o quienes ya la padecen.

Los factores de riesgo son: sobrepeso, obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, mayor de 45 años de edad, las mujeres con antecedentes de productos macrosomícos, (mayor de 4 kg), y/o con

antecedentes de diabetes gestacional, mujeres con antecedentes de ovario poliquístico, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, pacientes con enfermedades cardiovasculares y como antecedentes de enfermedades psiquiátricas por el uso de antipsicóticos. La detección se realiza en los tres niveles de atención médica, primaria, secundaria y terciaria.<sup>8</sup>

La prevención primaria, tiene como objetivo evitar el inicio de la enfermedad, teniendo lugar antes de las manifestaciones de ésta, desarrolla estrategias en la población general con medidas destinadas a modificar el estilo de vida y las características socio- ambientales, los factores protectores para la prevención y control de las enfermedades consisten en reducción de peso, una adecuada nutrición, la realización de ejercicio y la disminución de los factores de riesgo cardiovascular.

La intervención inicial al diagnosticarse la enfermedad se realiza especialmente con tratamiento no farmacológico como: educación para la salud por medio de folletos, revistas y boletines, promoción a la salud con la corrección de los factores dentro del estilo de vida, prevención y corrección de la obesidad, con dietas con bajo contenido graso y azúcares refinados y alta proporción de fibra alimentaria, promoción de ejercicio físico rutinario y programado, integración a grupos de ayuda mutua destinados a crear en el paciente una conciencia responsable de autocuidado a favor de su control metabólico.

La prevención secundaria, encaminada a pacientes ya confirmados con diabetes mellitus, cuyos objetivos son evitar la aparición de complicaciones agudas y retrasar las complicaciones crónicas, llevando a cabo un control metabólico óptimo y permanente de la enfermedad.

Prevención terciaria, dirigida a los pacientes que presentan enfermedad crónica y tienen como objetivo evitar la discapacidad por insuficiencia renal, ceguera, pie diabético, la mortalidad temprana por enfermedad cardiovascular, requiriendo la participación de profesionales especializados en las diferentes complicaciones.<sup>8,9</sup>

### **I.1.3. Detección.**

La detección de la prediabetes y de la Diabetes Mellitus Tipo 2 se debe realizar en la población general a partir de los 20 años de edad, o al inicio de la pubertad si presentan obesidad o factores de riesgo con periodicidad de tres años a través del programa de acción específico de Diabetes Mellitus, en campañas en el ámbito comunitarios y sitios de trabajo, en los servicios de sistema de educación pública, además de los que acuden a los servicios de salud pública y privada.

El tamizaje de glucosa en población expuesta, ayuda a identificar a personas no diagnosticadas, individuos con alteraciones de la glucosa en ayuno; permitiendo establecer medidas preventivas para retardar la aparición de la diabetes, modificando su estilo de vida del paciente, alimentación, actividad física, mediante una educación para la salud, llevándose de manera integrada con otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, tabaquismo, sedentarismo y circunferencia abdominal.

Los programas permanentes de detección son:

Si la glucemia capilar es menor de 100 mg/dl y no hay factores de riesgo se realizara esta misma prueba en tres años.

Si la detección de la glucemia capilar es menor a 100 mg/dl y el paciente presenta obesidad, sedentarismo, tabaquismo, debe ser capacitado para obtener alimentación correcta, realizar su plan de actividad física, suspender el tabaquismo y repetir la detección en un año.

Si la glucemia es mayor de 100 mg/dl en ayuno o casual mayor de 140 mg/dl se procederá a la confirmación diagnóstica con medición de glucosa plasmática en ayuno.<sup>8, 9.</sup>

#### **I.1.4. Diagnóstico.**

Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa es igual o mayor a 100 mg/dl en ayuno y menor o igual a 125 mg/dl y/o cuando la glucosa dos horas postcarga oral de 75g de glucosa anhidrida es igual o mayor de 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl.

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple por lo menos alguno de los siguientes criterios.

Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual mayor de 200 mg/dl.

Glucemia plasmática en ayuno mayor de 126 mg/dl o bien glucemia mayor de 200 mg/dl a las 2 horas después de una carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. Tomando en cuenta que en ausencia de sintomatología inequívoca de hiperglucemia, estos criterios se deben de confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

##### **I.1.4.1. Diagnóstico de Diabetes Mellitus en niños y adolescente.**

Sobrepeso en niños, (IMC mayor del percentil 85 para la edad y sexo, para la talla mayor del percentil 85 o peso mayor de 120% ideal para la talla) en cualquiera de los siguientes factores de riesgo:

Historia de Diabetes Mellitus tipo 2 en primero o segundo grado familiar.

Raza etnia (nativa americana/ afroamericana/ latina /asiática/ americana/nativa de las islas del pacifico).

Signos y/o condiciones de resistencia a la insulina (acantosis nigricans, Hipertensión Arterial Sistémica, Dislipidemias, síndrome de ovario poliquístico).

En personas jóvenes el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1 se realizara de manera urgente. Los síntomas de sed, ingesta de líquidos y micción excesiva se debe de realizar de manera inmediata prueba de anticuerpos anti-insulinarios.

Glucosuria intensa mayor de 1.0 g/dl; posible cetonuria, mayor de 0.4 g/ dl de aceto-acetato; hiperglucemia aleatoria mayor de 200 mg/dl.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa, utilizando una carga oral de glucosa de 1.75 g/kg de peso corporal máximo de 75 g.<sup>8, 9, 10,11,12.</sup>

#### **I.1.4.2. Diabetes Gestacional.**

Se deberá de realizar la prueba de detección a toda embarazada entre la semana 24 y 28 de gestación. Si una hora después de una carga oral de glucosa de 50 g por vía oral, se encuentra una glicemia mayor de 140 mg/dl, se efectuara la prueba diagnóstica.

Se toma una muestra de sangre en ayuno, después la mujer toma una cantidad específica de glucosa disuelta en agua y se procederá a tomar la muestra de sangre cada hora hasta completar tres horas. Se diagnostica diabetes si dos o mas de los niveles de glucosa se encuentran por arriba de los siguientes valores: en ayuno igual y mayor de 95 mg/dl, 1 hora 180 mg/dl, a las 2 horas 155 mg/dl y a las tres horas 140 mg/dl.<sup>8, 9,12.</sup>

#### **I.1.5. Tratamiento y control.**

El propósito es aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

Las personas identificadas con glucosa anormal en ayuno y/o intolerancia a la glucosa, requiere de una intervención preventiva por parte del medico y del equipo de salud, ya que el riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular es elevado.

En las personas con glucosa anormal en ayuno o intolerancia a la glucosa de primera intención, se recomienda la intervención no farmacológica, (dieta y ejercicio). Nutrición reducir la sobre ingesta calórica, principalmente la ingesta

de carbohidratos y grasas saturadas con el objetivo de bajar del 5 al 10 % del peso corporal.

Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo durante 30 min al día durante 5 veces a la semana. El tipo y la intensidad del ejercicio aeróbico se debe adaptar y a las condiciones físicas de cada paciente, tomando en cuenta las actividades y roles que tradicionalmente tanto hombres como mujeres para realizar acciones concretas en el cuidado de su salud. El cambio de estilo de vida es por tiempo indefinido.

El planteamiento de un programa terapéutico a largo plazo para el adulto mayor con diabetes debe de tener los siguientes aspectos, valoración de la expectativa de vida, existencia de complicaciones propias de la diabetes, la presencia de trastornos neuropsiquiátricos, y otros trastornos médicos coexistentes, la cooperación y la facultad del paciente para comprender el programa terapéutico.<sup>8, 9,12.</sup>

#### **I.1.5.1. Manejo no farmacológico.**

Es la base para el control de paciente con prediabetes, Diabetes Mellitus tipo 2, consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica.

Control de peso, se debe de seguir un plan de actividad física y ejercicio; el cual se debe guiar de acuerdo con la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación, medicamentos, así como también del tiempo que dispongan para realizarlo, dependiendo de los roles que desempeñan dentro de su entorno familiar y laboral, es indispensable que el paciente adulto mayor tenga compañía, con otra persona o en grupos, su ropa y calzado sean adecuados, que evite la practica de los mismos en climas extremos,( calor o frio ) con altos niveles de contaminación, que tome líquidos antes, durante y después de la actividad física, que revise sus pies antes y después de cada sesión de ejercicio y si se controla con insulina es indispensable que se establezca un control de auto monitoreo y un buen control metabólico.<sup>8,9,12.</sup>

##### **I.1.5.1.1 Plan de Alimentación.**

La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de frutas y verduras, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones del consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se recomienda reducir o evitar el consumo de azúcares simples (como miel, jalea, azúcar, dulces, bebidas azucaradas). Permitted el uso de

edulcorantes no nutritivos como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa, sacarina, entre otros. Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones) se consumen preferentemente verduras, equivalentes de cereales integrales, derivados de lácteos descremados. La restricción de alcohol es recomendable en especial en aquellos pacientes con descontrol metabólico, obesos, hipertensos, hipertrigliceridemia. El exceso de alcohol puede favorecer la hipoglicemia, en situaciones de ayuno prolongado y efecto de disulfiran en casos tratados con clorpropamida.<sup>8,12.</sup>

#### **I.1.5.1.2 Educación para pacientes y familiares.**

La mayor parte del cuidado de la diabetes depende de la persona con este padecimiento, para lograr el control necesita ser educado en su autocuidado, la educación terapéutica es parte integral del tratamiento, debe de proveerse desde el diagnóstico del padecimiento, estableciéndose programas de educación terapéuticas individuales o de grupo, estructurados y proporcionados por personal capacitado, la educación terapéutica debe incluir a la persona con diabetes y a su familia, motivándolos para propiciar estilos de vida saludables en su grupo social y familiar.<sup>8,9,12.</sup>

#### **I.1.5.1.3 Grupos de ayuda mutua.**

Deben servir para educar, estimular la adopción de estilos de vida saludables, actividad física, alimentación correcta, auto monitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento y control.

#### **I.1.5.2. Manejo Farmacológico.**

Los medicamentos que deben de utilizarse para el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Así mismo se pueden utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas, glinidas, incretinas e inhibidores de la enzima dipeptidil peptidasa o gliptinas.

Debe de considerarse que en la mayoría de los hipoglucemiantes orales, puede ocasionar falla a mediano y a largo plazo. La causa más frecuente de falla es la pérdida progresiva para la capacidad de producir insulina por parte de las células beta, principalmente en aquellas que promueven la secreción de la insulina y falta de adherencia al tratamiento.<sup>8, 9,12.</sup>

### **I.1.5.2.1. Manejo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que presentan obesidad.**

Una de los objetivos primordiales del tratamiento para estos pacientes es alcanzar y mantener el peso recomendable.<sup>8, 9,13.</sup>

En la Diabetes Mellitus Tipo 1, el tratamiento es indispensable y debe de ser utilizado desde el momento del diagnóstico. En la Diabetes Mellitus Tipo 2 cuando persiste la hiperglucemia en ayuno, se puede iniciar con insulina nocturna combinada con hipoglucemiantes orales de administración diurna. Así también se debe de considerar como un medicamento de primera elección de primera línea en la diabetes durante el embarazo y la Diabetes Gestacional.<sup>8, 9,13.</sup>

## **I.2. Estilo de Vida.**

El estilo de vida fue definido en 1986 por la Organización Mundial de la Salud como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.”<sup>14</sup>

La Organización Mundial de la Salud, considera el estilo de vida como la manera general de vivir que se basa entre la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de la conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas, la medición del constructo estilo de vida es una tarea difícil debido a las múltiples dimensiones que lo componen y a la dificultad que entraña su medición directa de una manera objetiva.<sup>15</sup>

Arrivillaga en el 2005 publicó un artículo en donde define el estilo de vida como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona o como aquellos patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, en el que se incluye entre sus componentes el factor cognitivo.<sup>16</sup>

El incremento de casos de diabetes y la posibilidad de evitarla hacen necesaria la puesta en marcha de programas de promoción de estilos de vida saludable y preventivos destinados a modificar la prevalencia de los factores de riesgo, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes.



En la actualidad, el patrón de comportamiento de las enfermedades ha cambiado, por lo que se debe tomar en cuenta un nuevo enfoque en el campo de la salud, el cual ha determinado que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables.<sup>17,18.</sup>

Cobrando gran importancia hoy en día, en la necesidad de hacer (prevención primaria), la cual consiste en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria implica dos estrategias, 1) Cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (ej. fumar, beber, dieta etc.), 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente a adoptar los mismos (ej., programas de prevención).

Según el Diccionario Filosófico de M. Rosental y P. Iudin, (Editora Política, La Habana, 1981) refiriéndose al estilo se plantea que en el mismo se reflejan tanto las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad como las peculiaridades y las tradiciones de tal o más cual pueblo, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aun haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etc. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas.

Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Por estilo de vida se puede considerar de una manera genérica, aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza.<sup>18.</sup>

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etc.

El doctor Morales Calatayud considera que los estilos de vida es un conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para



el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad.

Entre los estilos de vida tenemos los comportamientos de auto actualización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés.<sup>19.</sup>

Florez y Alarcón (1998) señalan que el estilo de vida no puede formarse espontáneamente, sino como decisiones conscientes de los hombres y producto de los factores personales, ambientales y sociales que convergen no solo del presente, sino de la historia interpersonal, y que al mismo tiempo puede favorecer la consolidación de algunos altos valores, y aún más, su difusión social. El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de la persona que indica la línea y orientación de la conducta y el razonamiento de la personalidad; en él están reflejados los hábitos estables, las costumbres, los conocimientos, así como los valores, aspiraciones y también los riesgos en sus conductas; que conociendo podemos influir para optimizar el desarrollo de los jóvenes. El estilo de vida puede ayudar a consolidar los valores en relación con sus hábitos de ejercicio, alimentos que ingiere, las prácticas nutricionales adecuadas, los comportamientos de seguridad, la reducción del consumo de sustancias, desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales, minimizar el estrés, accidentes, medio ambiente y sexualidad.

El sobrepeso y la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, es una epidemia que afecta a diferentes géneros, razas, latitudes sin importar el nivel socio económico. La obesidad y el sobrepeso es la consecuencia de la existencia de un balance energético positivo que se prolonga durante un tiempo.

El balance energético negativo, único tratamiento efectivo contra la obesidad, se puede lograr incrementando la actividad física y/o reduciendo la ingesta total de energía alimentaria. Por esta razón, las acciones que se ejecuten deben ser dirigidas a lograr estilos de vida saludables, mediante la realización de actividad física, apropiada y personalizada para cada persona, acompañadas del consumo de una dieta adecuada.

Si en edades tempranas no se consume una dieta variada, equilibrada y cantidades suficientes para que aporte los nutrientes necesarios en el crecimiento y desarrollo, se estará fomentando que el niño crezca teniendo un incremento importante en los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónico degenerativas en un corto plazo, por lo que es importante, la implementación de estilos de vida saludables sin importar en que década de la vida se encuentre.<sup>19,20.</sup>

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud enfermedad. Se sabe que el estilo de vida saludable disminuye el riesgo de las enfermedades que tienen las mayores tasas de mortalidad en México y en el nivel global. El estilo de vida saludable, se refiere a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancia como la cafeína, nicotina y alcohol; correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etcétera.<sup>21</sup>

### **I.3. Familia.**

La familia es una organización única, que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el ser humano es gregario por naturaleza, es decir necesita vivir en un grupo y la familia es un grupo natural, sin embargo tanto la organización familiar como todas aquellas funciones que trascienden están estrictamente relacionadas con la supervivencia de la progenie, la cual pueden presentar una enorme diversidad cultural así como social.

Es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas pautas constituyen lo que en terapia familiar, así como en otras ciencias sociales se conoce con el nombre de estructura familiar, la cual rige a la vez el funcionamiento de sus miembros, además de definir su diversidad de conductas y facilitar su interacción recíproca. La familia, por tanto, necesita de una organización para desempeñar sus tareas, es decir apoyar la individuación de cada miembro y al mismo tiempo, proporcionar a todos un sentimiento de pertenencia al grupo o institución que es la familia.<sup>22,23.</sup>

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global, de donde recibe sus características propias, así como sus valores fundamentales, de modo que la modificación y la variedad macro estructural por lo general determina el tipo y el cambio de la vida familiar.

La vida familiar queda íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura popular integra y genera a través del sentido ideológico de quienes son sus beneficiarios. Por esta razón es importante mencionar que en México se observa el estereotipo que considera que los lazos de parentesco son la base de la seguridad y el canal natural para la socialización de la persona, de modo que la familia mexicana se constituye en la unidad básica del individuo por tradición popular.

La familia mexicana queda unida a través de los lazos de parentesco que, por adscripción, representa la relación básica del individuo, ya que ligan a la familia

nuclear con la familia extensa, es decir abuelos, tíos, primos, incluso personas aun menos cercanas a la familia nuclear.<sup>22</sup>

### **I.3.1. Ciclo Vital Familiar.**

Se describe conforme a las características de su evolución, durante la cual la familia se contrae a medida en que el entorno social con el cual está en contacto, al mismo tiempo que cada miembro de la familia se extiende.

Una de las formas más comúnmente utilizada y aceptada por las diferentes asociaciones y colegios de medicina familiar divide a este ciclo en cuatro etapas, conformadas a su vez, en varias fases con la finalidad de explicar el desarrollo del núcleo.

#### **I.3.1.1. Etapas del Ciclo Vital Familiar.**

##### **Etapa constitutiva.**

Inicia con la decisión de la pareja para llevar una vida en común sin olvidar necesariamente a la familia de origen. A su vez en esta etapa se puede encontrar la fase preliminar donde se cimientan las bases de la vida futura en pareja cuando se encuadra en el noviazgo y llegan a todos los acuerdos. Después en que el matrimonio no ha tenido el primer hijo se continúan realizando acuerdos que permiten la estabilidad de la vida en pareja, continuando por un lado con la individualidad de cada uno de los integrantes y por otro la comunión de la vida matrimonial.

##### **Etapa procreativa.**

Inicia con la llegada de los nuevos integrantes de la familia (hijos), ya sea por embarazo u adopción, donde se lleva a cabo la crianza y desarrollo de los mismos durante los primeros años. Comienza una nueva fase de adaptación, donde hay ajustes en la vida de pareja que dan lugar a nuevas tareas como padre y madre, que están estrechamente relacionada con el crecimiento, educación, vigilancia de la salud con aspectos preventivos y curativos, planeación de la familia con adopción de métodos de planificación familiar, seguimiento.

##### **Etapa de dispersión.**

Se inicia con la independencia del primero de los hijos y culmina con la separación del último de ellos, los padres deben de facilitar que los hijos sean individuos productivos capaces de resolver los problemas que la sociedad les enfrenta, así también otra función es fomentar que los hijos formen su propia familia.

## **Etapa final.**

Inicia con la salida del hogar del último de los hijos, cuando la pareja queda nuevamente sola, lo cual permite realizar ajustes para vivir y prepararse para la jubilación o retiro. Los adultos mayores aprenden a tener nuevas relaciones y adaptarse a las modificaciones de las relaciones ya existentes como pérdida de las habilidades cognitivas y físicas, dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.<sup>23</sup>

### **I.3.2. Ciclo Vital Familiar según *Minuchin* (1988)**

#### **Formación de pareja.**

Cada miembro de la pareja experimenta un todo en relación con otro todo para formar la nueva unidad. Las tareas que se llevan en esta primera etapa son:

Elaborar pautas de interacción que constituye la estructura del holón conyugal, negociar fronteras y límites que regulen la relación con las respectivas familias de origen, los amigos el trabajo, mantener contactos pero con fronteras claras que permitan crecimiento de una íntima relación de pareja, se crean normas sobre jerarquía, reconocimiento de experiencias, pautas de cooperación y respeto por los valores del otro, elaborar pautas viables para expresar y resolver conflictos.

#### **Familia con hijos pequeños.**

Con el nacimiento del primer hijo se crean prácticamente tres holones: parental, madre-hijo y padre-hijo.

El holón conyugal redefine sus reglas, en esta etapa la familia enfrenta demandas de socialización y control, además debe de negociar contactos con el mundo exterior, nuevos vínculos con la familia extensa, colegios etc.

#### **Familia con hijos en edad escolar o adolescente.**

La familia se tiene que relacionar con un sistema de suma importancia; para el colegio se requieren pautas de cómo ayudar al niño en las tareas escolares, horas destinadas al estudio, actitudes y expectativas frente al rendimiento escolar, se conocen nuevas reglas que en general se consideran más equitativas, el hijo adolescente, el tema de la autonomía, el control se debe de negociar en todos los planos. Comienza una etapa de separación, quizás del hijo mayor que implica una mirada de los padres sobre el que sigue.

#### **Familia con hijos adultos.**

Los hijos han elegido sus propios estilos de vida y se alejan del hogar familiar. El holón conyugal vuelve a estar solo, o necesita una importante reorganización

que implica relaciones padres e hijos como adultos, se llama etapa de nido vacío como la etapa de pérdida en especial para la madre, pero también puede ser una oportunidad de nuevos cambios para la pareja.<sup>24</sup>

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbre a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas.

### **I.3.3. Ciclo Vital Familiar. (Geyman).**

#### **Fase de matrimonio.**

Inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. En esta etapa es fundamental la preparación para una nueva vida, el acoplamiento en pareja, la adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas.

#### **Fase de expansión.**

La familia se expande; en este momento se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causa tensiones que deben de resolverse para recibir un nuevo integrante. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último hijo.

#### **Fase de dispersión.**

Se identifica con el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela, aquí existe un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.

#### **Fase de independencia.**

Culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones han formado nuevas familias, se presenta aproximadamente veinte o treinta años después de su inicio.

#### **Fase de retiro y muerte.**

En esta última etapa se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron providencias para poder afrontarla. Nuevamente la pareja se encuentra sola.<sup>23, 25.</sup>

La presencia del adulto mayor en cualquiera de estas etapas puede facilitar o dificultar la estabilidad del ciclo vital familiar. Estos cambios serán resultados de

las condiciones físicas y cognitivas que el individuo tenga al llegar a esta edad.<sup>23, 25.</sup>

#### **I.3.4. Psicodinamismo de la enfermedad en el grupo familiar.**

El apoyo que recibe el paciente diabético por parte de su familia se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del paciente.

La enfermedad crónica es un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, progresivo, con gran deterioro físico, mental o ambos, no curable, que origina complicaciones, con gran repercusión individual y familiar.

La experiencia de enfermedades no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia; lo que va a desencadenar situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionaran cambios en la forma de vida de la familia en una amplia gama de situaciones, desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral, así como en aspectos económicos por generación de gastos en medicamentos, utensilios u hospitalizaciones, hasta temores por la nueva situación, ante las complicaciones que se van sucediendo y que modifican patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar.<sup>23,26,27.</sup>

##### **I.3.4.1. La familia con enfermedad crónica degenerativa.**

Es así que a través de las diferentes fases del ciclo de vida familiar podremos estar en contacto con familias que presenten uno o más miembros con patologías crónicas que ameriten la atención ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria.

La enfermedad crónica dada su evolución a largo plazo puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar, desde la fase de expansión hasta la fase de retiro y enfrentarse a ella resulta un verdadero reto para todo el núcleo familiar, en que se van a involucrar recursos económicos, educacionales, mentales, emocionales, físicos y sociales.

El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles y una redistribución de las tareas. La enfermedad crónica equivale a tener un miembro nuevo en la familia, por lo que se tiene que hacer ajustes para vivir con su presencia.

La familia debe encontrar su propio equilibrio, teniendo en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo, lo

que permite que todos tengan relaciones satisfactorias entre sí y con su contexto social.

Si el enfermo se siente desanimado, controlado por la familia, puede usar el incumplimiento de los regímenes médicos como manera de seguir una huelga y hacer una reivindicación de su autonomía herida.

#### **I.3.4.2. Familia del niño con enfermedad crónica.**

En el caso de ser un niño quien padezca la enfermedad, el reto abarcara a sus padres, pues ellos tienen que superar los sentimientos y emociones de la pérdida del niño idealizado para enfrentar el peligro que representa la enfermedad la cual condicionaría cambios en el estilo de vida del grupo familiar, cuidados especiales que no deben de llegar a sobreprotección lo cual podría provocar su aislamiento social e incrementar manifestaciones de rechazo y rebeldía ante la enfermedad, lo cual repercutiría negativamente en su adhesión terapéutica e impediría el desarrollo de su autonomía.

#### **I.3.4.3. Familia del adolescente con enfermedad crónica.**

Aquí la enfermedad genera sentimientos ambivalentes en el enfermo: por un lado la necesidad de continuar recibiendo cuidados en la familia y por el otro el deseo de la separación y autonomía propios de los jóvenes; también el control ejercido hasta entonces por los padres en los diversos tratamientos requeridos por la enfermedad y por otro el deseo juvenil de rebelarse contra la autoridad y decidir por sí mismo, sobre su cuerpo, lo que podría generar frecuentes discusiones e inestabilidad en el núcleo familiar.

#### **I.3.4.4. Familia del adulto con enfermedad crónica.**

El hecho de que el padre/ madre de la familia hasta entonces proveedor, apoyo y pilar del grupo reciba el diagnóstico de una enfermedad, acarreará pérdidas y limitaciones a sus actividades habituales, impactara en sus ingresos económicos, en su actividad laboral y en su estilo de vida en general. Todo ello generará en el adulto enfermo sentimientos de minusvalía en el que el apoyo familiar será invaluable para lograr habituarse a su nueva situación adaptándose a nuevas condiciones.

#### **I.3.4.5. Familia del anciano con enfermedad crónica.**

Existe una paulatina dependencia del grupo familiar, pues fisiológicamente su actividad funcional ira decayendo necesitando cada vez más el apoyo en tareas en las que hasta el momento era autónomo. Es así que actividades de la vida diaria tan comunes como el baño, la alimentación o su movilización cotidianas requerirán paulatinamente de mayor soporte, y donde la familia deberá emplear recursos para solventar una situación que bien sabe no será pasajero

sino a largo plazo. Si el envejecimiento habitual se agrega el hecho de que las enfermedades crónicas previas que ya presentaba el adulto van a presentarse en esta etapa ya con complicaciones o con secuelas. Habrá miembros de la familia que acepten la situación y colaboren como cuidadores, sin embargo para otros ese hecho lo percibirán como una verdadera carga muy difícil de llevar y tolerar, lo que creara conflictos en el grupo familiar.<sup>26,27.</sup>



## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

### II.1 Argumentación.

El nuevo paradigma radica en comprender que el beneficio de prevenir una enfermedad ó sus complicaciones, es mayor que el que se obtiene por atenderlo de manera oportuna y adecuada.

La epidemia de la Diabetes Mellitus es reconocida por la Organización Mundial de la Salud, como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con Diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. Dentro de las enfermedades crónicas, la Diabetes Mellitus es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, la cual muestra tasa ascendente en la incidencia y prevalencia, en ambos sexos, por lo que es importante realizar cambios paulatinos y permanentes, enfocados a realizar modificaciones en los estilos de vida, para que estos lleguen a ser saludables, tomando en cuenta la importancia que esto conlleva con un control metabólico adecuado, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, cobrando gran relevancia en el ámbito familiar, científico, político, económico, social, epidemiológico y académico.

La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS, dado que es la primera causa de muerte en el país y en el IMSS, sus complicaciones se sitúan entre los cinco motivos de hospitalización, mayor mortalidad y costo, la principal causa de ceguera, amputación no traumática de miembros inferiores y falla renal en todo el mundo, es la primera causa de pensiones por invalidez (14.7% del total) con una relación hombre mujer 6:1, contribuye importantemente a la mortalidad de causas cardiovasculares, segunda causa de muerte en México.

La Diabetes Mellitus Tipo 2, como muchas otras enfermedades crónico degenerativas, han tenido un gran incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en el mundo y en especial en países en vías de desarrollo como México, teniendo gran repercusión en el aumento importante del número de consultas otorgadas a pacientes con dicha enfermedad, por lo que la familia juega un papel muy importante como grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan o conviven permanentemente, manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza, que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y/o colectiva, donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los

otros y en el mismo. En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias fases de transición predecibles; en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros, en cualquier fase del ciclo vital familiar, según Geyman, como es el caso de la fase de retiro y muerte ya que se llega a presentar desconcierto nostalgia, patología crónica degenerativa, desempleo y agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomo providencias para poder afrontarla, teniendo gran importancia los estilos de vida que se practican en cada una de las distintas fases del ciclo vital familiar, las cuales van a permitir que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, ya que se puede retrasar o prevenir la aparición de complicaciones agudas o crónicas de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

En el IMSS durante el año 2003 la Diabetes Mellitus, fue la segunda causa de consulta en Medicina Familiar, la primera en la de especialidades, y también la primera de egresos hospitalarios.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las principales causas de consulta de los servicios de salud a nivel institucional, consecuentemente la inversión de recursos en su atención es grande; desafortunadamente, es poco redituable en la salud del paciente y del propio sistema de salud, pues las intervenciones que se realizan para prevenir el daño, no logran controlar la evolución de la enfermedad ni sus complicaciones.

Se considera que el descontrol metabólico es un factor determinante en la aparición de complicaciones agudas y tardías de la Diabetes Mellitus tipo 2, ocasionando problemas en el sistema nacional de salud, a su familia, al paciente.

Gran parte de las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, quedan bajo la responsabilidad directa del paciente, muchas veces, el paciente es quien tiene que decidir si realiza o no estas indicaciones, y si estas son llevadas adecuadamente, obteniéndose como resultado un mal control metabólico. El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, implica cambios en el estilo de vida, el cual va ha tener una repercusión directa en el ámbito social, laboral y familiar del paciente. Por lo que es importante recalcar que los estilos de vida saludables no son parte del tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, los estilos de vida saludables son el tratamiento en sí de los paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

En el caso de la diabetes, lo que el paciente piensa, siente y hace, tienen un impacto para el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, denominado como estilo de vida. Así, se habla de estilos de vida saludables, conductas o hábitos de salud, factores protectores para referirse a todo aquello que un ser

humano puede pensar, sentir y hacer, cuyo resultado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad. La enfermedad no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte, su familia; lo que va a desencadenar situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionaran cambios en la forma de vida de la familia en una amplia gama de situaciones, desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral, así como aspectos económicos por generaciones de gastos de medicamentos, utensilios u hospitalizaciones, hasta temores de la nueva situación antes las complicaciones que se van sucediendo y que modifican patrones, límites y jerarquías en el núcleo familiar.

## **II.2 Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es el ciclo vital familiar y estilo de vida, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo del 2011 al 2012?

### **III. JUSTIFICACIONES.**

#### **III.1. Académica.**

La presente investigación además de las connotaciones académicas correspondientes permitirá la obtención del Diploma de Especialista en Medicina Familiar.

#### **III.2. Epidemiológica.**

México, presenta actualmente una polarización epidemiológica que está llevando al sector salud al uso de una gran parte de sus recursos para la atención de problemas que con lleva a la atención de la misma teniendo un gran incremento en su incidencia, prevalencia y las complicaciones que la Diabetes Mellitus tipo 2 ocasiona sin vislumbrar una solución de fondo para dicho problema. Por lo tanto desde los puntos de vista de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad se justifica la realización de este proyecto de investigación, tomando en cuenta la gran importancia de los estilos de vida, ya que nos permiten tener una vida saludable o no saludable.

#### **III.3. Científica.**

Es una enfermedad sistémica crónica degenerativa de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria, y con participación de diversos factores ambientales, se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia de la producción y acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Así mismo en su clasificación se distinguen dos tipos principales de Diabetes, la diabetes tipo 1, en que existe destrucción de las células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina y Diabetes tipo 2 en la que hay capacidad residual de insulina pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de la secreción de la insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia.

#### **III.4. Educativa.**

Es de gran importancia que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 conozcan todo lo relacionado con su enfermedad educación es buscar cambios de actitud, lo cual cada día es más difícil entre nuestra población por los estilos de vida tan particulares que presenta la población mexicana, por lo que deben buscarse alternativas para que existan cambios de actitud que permitan mejorar los hábitos alimentarios que en la mayoría de los casos conllevan a este tipo de problemas.

### **III.5. Social.**

La diabetes constituye un reto creciente y trascendente para el IMSS, dado que es la primera causa de muerte en el país y en el IMSS, sus complicaciones se sitúan entre los cinco motivos de hospitalización, mayor mortalidad y costo, la principal causa de ceguera, amputación no traumática de miembros inferiores y falla renal en todo el mundo, es la primera causa de pensiones por invalidez (14.7% del total) con una relación hombre mujer 6:1, contribuye importantemente a la mortalidad de causas cardiovasculares, segunda causa de muerte en México.

Gran parte de las indicaciones terapéuticas del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, quedan bajo la responsabilidad directa del paciente, muchas veces, el paciente es quien tiene que decidir si realiza o no estas indicaciones, y si estas son llevadas adecuadamente, obteniéndose como resultado un mal control. El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, implica cambios en el estilo de vida, el cual va a tener una repercusión directa en el ámbito social, laboral y familiar del paciente. Por lo que es importante recalcar que los estilos de vida saludables no son parte del tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, los estilos de vida saludables son el tratamiento en sí de los pacientes con Diabetes Mellitus.

### **III.6. Económica.**

Más del 70 por ciento de los presupuestos del sector salud se están utilizando para tratar las complicaciones de las patologías de este tipo, y en las familias en ocasiones gran parte del mermado presupuesto se tiene que utilizar en la compra de medicamentos para mantener su salud, lo que no permite otro tipo de crecimiento a nivel familiar.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las principales causas de consulta de los servicios de salud a nivel institucional, consecuentemente la inversión de recursos en su atención es grande; desafortunadamente, es poco redituable en la salud del paciente y del propio sistema de salud, pues las intervenciones que se realizan para prevenir el daño, no logran controlar la evolución de la enfermedad ni sus complicaciones.

## **IV. HIPÓTESIS**

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con ciclo vital familiar en fase de retiro y muerte presentan un estilo de vida no saludable.

### **IV.1 Elementos de la hipótesis.**

#### **IV.1.1 Unidades de Observación.**

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### **IV.1.2 Variables.**

##### **IV.1.2.1 Dependiente.**

Estilo de vida.

##### **IV.1.2.2 Independientes.**

Ciclo vital familiar.

#### **IV.1.3 Elementos lógicos de relación.**

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar numero 64, con en fase de retiro y muerte presentan un no saludable.

## **V. OBJETIVOS**

### **V.1 General.**

Conocer el ciclo vital familiar y estilo de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **V.2 Específicos.**

- Conocer la edad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el género de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer la escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer la ocupación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Identificar en qué fase de ciclo vital familiar según Geyman se encuentran los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran en fase de expansión del ciclo vital familiar.

- Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran en fase de expansión del ciclo vital familiar.
- Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran en fase de dispersión del ciclo vital familiar.
- Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran en fase de independencia del ciclo vital familiar.
- Conocer el estilo de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social que se encuentran en fase de retiro y muerte del ciclo vital familiar.
- Conocer el estilo de vida de acuerdo al género en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estilo de vida de acuerdo al estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estilo de vida de acuerdo a la edad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estilo de vida según la escolaridad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer el estilo de vida según su ocupación en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conocer, el estilo de vida de acuerdo al ciclo vital familiar en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social.



## VI. MÉTODO.

### VI.1 Tipo de estudio.

El presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal y observacional.

### VI.2. Diseño del estudio

Se aplicó el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilo de vida de M. Arrivillaga. I.C. Salazar Gómez, incluyendo una ficha de identificación, así como datos sociodemográficos, y preguntas en las cuales identificamos en que etapa de ciclo vital familiar se encontraba los pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la UMF No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo del 2011 al 2012 que cumplieran con los criterios de inclusión para la realización de éste estudio.

### VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE.	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
EDAD.	Cantidad de años, meses y días cumplidos. (diccionario de la real academia española)	Cantidad de años, meses y días cumplidos. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cuantitativa continúa.	a) Menor de 20 años de edad. b). 21-30 años de edad. c) 31-40 años de edad. d) 41-50 años de edad. e) 51-60 años de edad. f) Mayores de 61 años de edad	1
GENERO.	Palabra que designa la condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son (hombre mujer). (diccionario de la real academia española)	Palabra que designa la condición orgánica, biológica, por la cual los seres vivos son (hombre mujer). Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar numero 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa nominal.	a) Mujer. b) Hombre.	2
ESTADO CIVIL.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (diccionario de la real academia española)	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa nominal.	a) Casado b) Unión libre c) Viudo d) Divorciado	3

VARIABLE.	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
<b>ESCOLARIDAD.</b>	Tiempo en que se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza. (diccionario de la real academia española)	Tiempo en que se asiste a la escuela o aun centro de enseñanza. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa nominal	a) Primaria b) Secundaria c) Carrera Técnica d) Preparatoria e) Nivel superior f) Analfabeta	4
<b>OCUPACION.</b>	Trabajo, empleo, oficio, profesión. (diccionario de la real academia española)	Trabajo, empleo, oficio, profesión. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa nominal.	a) Obrero b) Empleado c) Técnico d) Hogar e) Comerciante f) Profesionista g) Desempleado	5
<b>ESTILO DE VIDA.</b>	Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, los cuales permiten mantener o no la salud. (Arrivillaga). <sup>15</sup>	Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, patrones de conducta individuales, que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad, dependiendo de su naturaleza, los cuales permiten mantener o no la salud. En pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa nominal.	a) Saludable. b) No saludable.  *Nota: Se analizaron las respuestas de las preguntas 1 -116 del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	1-116
<b>CICLO VITAL FAMILIAR.</b>	Proceso dinámico que permite el crecimiento y la maduración tanto del individuo como de la familia que consta de una serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. (Anzures) <sup>22</sup>	Proceso dinámico que permite el crecimiento y la maduración tanto del individuo como de la familia que consta de una serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución. En pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. De la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.	Cualitativa Dicotómica	a) Matrimonio b) Expansión c) Dispersión d) Independencia e) Retiro y muerte *Nota: Se analizaron las respuestas de las preguntas 1 -8 de la ficha de datos socio demográficos.	1-8

#### **VI.4 Universo de Trabajo y muestra.**

Se tomo una muestra no probabilística por conveniencia, obteniendo un universo de trabajo de 150 pacientes diabéticos tipo 2, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 64 del IMSS.

##### **VI.4.1 Criterios de inclusión.**

- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, que acudan a control mensual de sus enfermedades crónico degenerativas y que bajo consentimiento informado autoricen su participación en la investigación.

##### **VI.4.2 Criterios de exclusión.**

- Que no acepten participar mediante consentimiento informado y firma de conformidad.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que tengan un trastorno psiquiátrico (psicosis, neurosis, trastorno de personalidad o conductual, etcétera.), un deterioro orgánico (demencia) o un trastorno del desarrollo (retardo mental) que afecta las funciones cognitivas o emocionales y que lleva a una disminución significativa del juicio y raciocinio.

##### **VI.4.3 Criterios de eliminación.**

- Paciente que no contesten todas la preguntas del cuestionario.

#### **VI.5. Instrumento de Investigación.**

##### **VI.5.1 Descripción.**

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA  
M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez.

Este instrumento fue creado por Marcela Arrivillaga Quintero en el 2004 en Colombia, el cual consta de 116 ítems, los cuales están divididos en 69 ítems de Practicas y 47 ítems de Creencias y estos a su vez se subdividen, las

prácticas de condición, actividad física y deporte con 6 ítems, recreación y manejo del tiempo libre con 5 ítems, autocuidado y cuidado médico con 21 ítems, hábitos alimenticios con 17 ítems, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con 10 ítems, y sueño con 10 ítems. Con respecto a las creencias se subdividen en de condición, actividad física y deporte con 5 ítems, recreación y manejo del tiempo libre con 4 ítems, autocuidado y cuidado médico con 13 ítems, hábitos alimenticios con 7 ítems, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas con 11 ítems, y sueño con 7 ítems.

Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de «siempre» a «nunca» y de «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo», respectivamente.

Las categorías de calificación establecidas en prácticas pueden ser: Muy Saludable (MS), Saludable(S), Poco Saludable (PS) y No Saludable (NS). Creencias: Muy Alto (MA), Alto (A), Bajo (B) y Muy Bajo (MB).

Las categorías de calificación del estilo de vida por dimensión son: estilo de vida muy saludable (EVMS), estilo de vida saludable (EVS), estilo de vida poco saludable (EVPS) y estilo de vida no saludable (EVNS). Estas categorías resultan de diferentes cruces entre los resultados obtenidos en las prácticas y los resultados obtenidos en las creencias.

Interpretación:

El cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

Condición actividad física y deporte: Ítems 1-6 y 70-74

Recreación y manejo del tiempo libre: Ítems 7-11 y 75-78

Autocuidado y cuidado médico: Ítems 12-32 y 79-91

Hábitos alimenticios: Ítems 33-49 y 92-98

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas: Ítems 50-59 y 99- 109

Sueño: Ítems 60-69 y 110-116

Las categorías de la calificación establecidas fueron:

Prácticas: muy saludable (MS), Saludable (S), poco saludable (PS) Y No saludable (NS).

Creencias: según el grado de presencia de creencias favorables a la salud: Muy alto (MA), Alto (A), Bajo (B) Y Muy bajo (MB).

Categorías de calificación del estilo de vida por dimensión:

Estilo de vida: muy saludable, saludable, poco saludable, no saludable.

Prácticas: muy saludable, saludable, poco saludable, no saludable.

Creencias: muy alta, alta, baja, muy baja.

Las categorías de la calificación establecidas fueron: Presencia (p) o ausencia del factor (a), para la calificación de cada categoría se agruparon las dimensiones de acuerdo al contexto: familiar (f), social (s), ocupacional(o) y otros (ot).

Los rangos de calificación del estilo de vida son Muy Saludable cuando la puntuación se encuentra entre 348 a 464, Saludable cuando se encuentra de 261 a 347, Poco saludable cuando se encuentra entre 174 a 260 y No Saludable cuando se encuentra entre 116 a 173.

Para facilitar el análisis de este estudio, dado el gran número de pacientes diabéticos con que cuenta la unidad de medicina familiar, se modificaron las categorías de calificación establecidas, de muy saludables, saludables, poco saludables y no saludables, por solamente saludable y no saludable, agrupando los valores de los rangos de muy saludable y saludable, en solo saludable con calificación de 261-464, así mismo para el rubro de poco saludable y no saludable en solo no saludable con calificación de 116-260. En ningún momento se altera o modificar el cuestionario de aplicación de prácticas y creencias sobre estilos de vida (Arrivillaga, Salazar y Gómez).

El rango de calificaciones del estilo de vida para todo el cuestionario:

Saludable : 261-464.

No saludable : 116-260.

### **VI.5.2 Validación.**

Este instrumento fue validado por jueces y mediante una prueba piloto, este tiene una adecuada confiabilidad ya que cuenta con un Alpha de Cronbach 0.873. Este se ha aplicado en diferentes estudios en todos los rangos de edad desde nivel primaria hasta nivel profesionalista en Cali Colombia.

### **VI.5.3 Aplicación.**

Se realizó la aplicación del instrumento de investigación en aquellos pacientes que acudieron a solicitar consulta en la Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social y autorizaron la aplicación de dicho instrumento.

## **VI.6. Desarrollo del proyecto.**

Se tomaron en cuenta a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 “Tequesquahuac” del Instituto Mexicano del Seguro Social, se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia de 150 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de un universo de 6428 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, que acudieron a su consulta mensual, y cumplieron con los criterios de inclusión, posteriormente se les entregó el consentimiento informado dándoles una breve explicación sobre el estudio y su participación en el mismo, la cual fue autorizada por medio de la firma del paciente participante así como de sus testigos para poder iniciar el estudio. Se les entregaron dos formatos:

1. Se exploraron datos socio-demográfico, con preguntas específicas que permitieron identificar el ciclo vital familiar.
2. Consistió en la aplicación del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez.
3. Posteriormente se procesaron los datos obtenidos para realizar el análisis estadístico en el Programas SPSS versión 19.0, con estadística descriptiva sacando tablas y graficas de frecuencia, realizando tablas también de contingencia para por ultimo realizar el análisis de resultados.

## **VI.7. Limite de espacio.**

El estudio se realizo en la Unidad de Medicina Familiar número 64, ubicada en Av. del Seguro Social S/N, Unidad Habitacional No 2 del IMSS en Tequesquahuac, Tlalnepantla, Estado de México.

## **VI.8. Límite de tiempo.**

El estudio se realizo en el periodo del 1º de septiembre del 2011 al 31 de agosto del 2012.

## **VI. 9. Diseño de análisis.**

Una vez que se aplicó el instrumento y se recopilaron los valores de las variables del estudio, se procedió a un análisis mediante Estadística Descriptiva utilizando el programa SPSS versión 19, tabulando y graficando los resultados de las variables correspondientes, así como las socio demográficas del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Por último se realizó la redacción de resultados, conclusiones y recomendaciones.

## VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.

En los países donde se han realizado estudios experimentales se han establecido bases éticas con respaldo legal para su desarrollo, teniendo como principio en su mayoría la declaración de Helsinki, ratificada en subsecuentes reuniones sobre investigación y ética. En la ejecución de la investigación médica se combina con la atención médica y hay algunos puntos de importancia que se mencionan a continuación para la realización de esta tesis:

- a. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica.
- b. La preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre la primicia.
- c. El propósito principal de la investigación es mejorar y poner a prueba continuamente los métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos para que sean eficaces.
- d. Se debe proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- e. Abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.
- f. Se realizará solamente si la población podrá beneficiarse de los resultados.
- g. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe de recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada de su derecho a participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.
- h. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, solo en la medida en que tal investigador acredite un justificado potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico.

- i. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, identificados por el estudio.
- j. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico paciente.<sup>28</sup>

Se considera una investigación sin riesgo ya que no se realizará ninguna observación o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales, sin embargo servirá como fundamento para implementar programas educativos.

Se contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal y con el dictamen favorable de los comités de ética y de investigación de la Unidad de Medicina Familiar número 64.

Según la **Ley general de Salud** en materia de investigación para la salud, en el Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:

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

**Artículo 16.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.<sup>29</sup>

El presente trabajo se llevara a cabo de acuerdo a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que han actualizado los referidos postulados.

En las investigaciones médicas, es importante tomar en cuenta los **Principios Bioéticos**, los cuales se mencionan en el informe de Belmont:

**Autonomía:**

Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones.

**Beneficencia:**

Se trata a las personas de manera ético no solo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, asegurándose de su bienestar.



Hay dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido:

1. No causar ningún daño.
2. Maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños.

La máxima hipocrática “no causar ningún daño” principio fundamental de la ética médica.

**Justicia:**

Se concreta en darle a cada quien lo que le corresponde, por lo cual determina la necesidad de no establecer discriminaciones originadas por motivos de cualquier índole; por lo tanto, debe practicarse la imparcialidad y equidad con todos los organismos vivos y su ambiente.

El bien de la persona debe entenderse dentro de un contexto y sentido comunitario, evitando dos extremos: el de un supuesto poder ilimitado del individuo sobre sí mismo y el de la sumisión del individuo a los dictámenes de interés colectivos o institucionales.

En el sentido de la equidad en la distribución. Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable.<sup>30.</sup>

## VIII. ORGANIZACIÓN.

Este trabajo de investigación se realizó por:

Tesista:

M. C. José Antonio Moreno Albor.

Director y Asesor de Tesis:

E. en M.F. Guadalupe Saucedo Martínez.

## IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio se conformó por pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar Número 64, Tequesquihuac, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de una población total de 6428 pacientes, que acuden mensualmente a su consulta, se obtuvo una muestra no probabilística, por conveniencia de 150 pacientes para evaluar el ciclo vital familiar y su relación con el estilo de vida, de los cuales se identificaron 23 pacientes en fase de matrimonio, 30 pacientes en fase de expansión, 29 pacientes en fase de dispersión, 30 pacientes en fase de independencia y 31 pacientes en fase de retiro y muerte. Finalmente se obtuvo una muestra de 143 pacientes, por lo que no se logró una muestra equitativa de 30 pacientes de cada una de las diferentes fases del ciclo vital familiar según *Geyman*, ya que en la fase de matrimonio, resulta más difícil localizar a los pacientes, dado que una de sus características es que son parejas jóvenes que empiezan a adoptar sus nuevos roles, para satisfacer sus necesidades básicas, esto como consecuencia de manejar una investigación sobre una enfermedad crónica degenerativa, predominante en la edad adulta, por lo que se obtuvo una muestra total de 143 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de los 150 pacientes que se tenían previstos.

Para la elaboración de la base de datos, se empleó el programa de Microsoft Office 2010 y para el análisis de estadística descriptiva de la información se utilizó el programa SPSS versión 19.0 para Windows.

Las características sociodemográficas que se investigaron en este estudio fueron el género de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, donde se observó una predominancia en los pacientes del género femenino (67.8%) con relación al género masculino (32.2%) lo cual apoya los resultados de *López Carmona et al*<sup>4</sup> en el cual predominaron las mujeres ya que acuden con mayor frecuencia que los hombres para su atención médica y generalmente muestran una mayor disposición para participar en este tipo de estudios. (Tabla y gráfica 1)

En nuestro estudio también se observó que el rango de edad de mayor predominio en los pacientes que cursan con Diabetes Mellitus tipo 2, fue el de 51 a 60 años de edad con una frecuencia de 42 pacientes (29.4%) de una muestra total de 143 pacientes. De acuerdo al *Censo de la Unidad de Medicina Familiar Número 64* hay un total de 27,528 pacientes en ese rango de edad, ocupando el quinto lugar de un total de diez rangos de edad de acuerdo a su población total se observa también que predominan los pacientes de género femenino en este rango de edad. (Tabla y gráfica 2)

En el estudio presente se observó que el 67.1% eran casados (Tabla y gráfica 3), el predominio de escolaridad es el nivel Primaria (37.8%) (Tabla y gráfica 4) y la ocupación que tuvo mayor predominio, fueron las actividades en el hogar con un 50.3% (Tabla y gráfica 5)

*Felicitas-Ocampo et al.*,<sup>20</sup> obtuvo resultados similares en cuanto a características sociodemográficas, observando predominio en las mujeres 68.64%. La mayoría de los encuestados eran casados (64.69%), vivían en pareja o acompañadas por una persona (31.36%) y se dedicaban a labores del hogar (52.54%). El 48.3% tenían como máximo seis años de escolaridad y aproximadamente 63% tenían como máximo nivel de estudios primaria.

En el presente estudio el estilo de vida predominante fue el no saludable con un 64.3% del total de la muestra (Tabla y gráfica 6). Según *Durán Varela et al.*<sup>16</sup> y *Becona E. Vazquez*<sup>17</sup> en la actualidad el comportamiento de las enfermedades ha cambiado, lo cual ha determinado que las principales causas de muerte ya no sean las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Es importante mencionar que el estilo de vida saludable puede ayudar a consolidar los valores en relación con los hábitos de ejercicios, alimentación, las prácticas nutricionales adecuadas, los comportamientos de seguridad, la reducción del consumo de sustancias, desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales, minimizar el estrés, accidentes, medio ambiente y sexualidad.

En el presente estudio se obtuvo una muestra probabilística estratificada de acuerdo a las etapas del ciclo vital familiar según *Geyman* ya que esto implica una mayor precisión de la muestra al trabajar por estratos de cada fase. Al momento de aplicar las encuestas, solo se obtuvieron 23 pacientes (16.1%) de la fase de matrimonio, esto como consecuencia de manejar una investigación sobre una enfermedad crónico degenerativa, predominante en la edad adulta y tomando como consideración que en la fase de matrimonio, en su mayoría son parejas jóvenes, sin hijos, por lo que resulta ser difícil de encontrar pacientes en esta fase para cumplir con la muestra de estudio.

La fase de dispersión que se identifica con el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela en *Anzures et al.*<sup>22</sup>, estuvo constituida por 29 pacientes (20.3%) de un total de 143 pacientes. En la fase de expansión y retiro y muerte se logró cubrir la muestra con 30 pacientes (21%) de cada una, mientras que en la fase de independencia se trabajó con 30 pacientes, y la fase de retiro y muerte se obtuvieron 31 pacientes siendo la mayor muestra en el estudio.

En el presente estudio se analizó el estilo de vida en las cinco fases del ciclo vital familiar según *Geyman* (Tabla y gráfica 7), tomando en cuenta:

Que la fase de matrimonio inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo, aquí es fundamental la preparación para la nueva vida y el acoplamiento de la pareja, la adaptación de los nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas<sup>22</sup>, por lo que el estilo de vida no saludable fue predominante en esta fase (87%) con respecto al estilo de vida saludable (13%). (Tabla y gráfica 8)

En la fase de expansión se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso causan tensiones que deben resolverse para recibir un nuevo integrante<sup>22</sup>, el estilo de vida predominante en esta fase fue el no saludable con un 63% en comparación con el estilo de vida saludable que tiene un 37%. (Tabla y gráfica 9)

La fase de dispersión se caracteriza porque todos los hijos asisten a la escuela, la importancia se centra en un trabajo triple que consiste en ayudarlos a que se adapten socialmente, desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades<sup>22</sup>, el estudio muestra un estilo de vida saludable (48%) y uno no saludable (52%) con una proporción casi igualitaria como consecuencia de ser madres educadoras y formadoras de hábitos. (Tabla y gráfica 10)

La fase de independencia culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes<sup>22</sup>, el estudio muestra un estilo de vida no saludable con el 57% y un estilo de vida saludable con 43%. (Tabla y gráfica 11)

En el estudio la fase de retiro y muerte que es la última etapa donde se presenta desconcierto, nostalgia, desempleo, agotamiento de recursos económicos, cuando no se tomaron medidas para poder afrontarla, nuevamente la pareja se encuentra sola<sup>22</sup>; se presentó una predominancia en el estilo de vida no saludable (68%) con referencia a un estilo de vida saludable (32%). (Tabla y gráfica 12)

La familia mexicana es una unidad relativamente sólida y dependiente de la estructura social global de donde recibe sus características propias, así como sus valores fundamentales, de modo que la modificación y la variedad macro estructural determina el tipo y el cambio de vida familiar.<sup>21,22</sup>

Dentro de las variables sociodemográficas se analizó la edad y el género, de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar Número 64, del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontrándose un mayor predominio en el género femenino en el rango de edad de 51-60 años, lo que equivale a un 31%, de igual modo se encuentra el género masculino con predominio en el rango de edad de 51-60 años con un 26 %, por lo que existe un predominio del género femenino en cada uno de los rangos de edad, con excepción en el rango de 41-50, mayores de 60 años, con un 24% en ambos grupos, donde predominó el género masculino, en cada uno de los rangos de

edad se obtuvo un porcentaje similar en ambos géneros, los rangos de edad tanto del género femenino como del género masculino, con la siguiente secuencia menores de 20 años, de 21-30 años, de 31-40 años, de 41-50 años, de 51-60 años y más de 61 años de edad, con el siguiente porcentaje en el género femenino 0%,6%,17%,23%,31%,23%, y el género masculino con el siguiente porcentaje, 2%,7%,17%,24%,26%,24% respectivamente (Tabla y gráfica 13).

De acuerdo con lo planteado en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* entre la población mayor de 20 años la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización. Este padecimiento afecta principalmente a la población de 50 a 69 años, lo que corresponde en similitud en la investigación realizada con un predominio un 31% en el rango de 51-60 años de edad. La Diabetes Mellitus tipo 2, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años (25.9% de los casos) y en los hombres de 50 a 59 años (25%), con lo cual existe una gran similitud con los resultados obtenidos en el rango de 51-60 años de edad, y en segundo lugar en predominar fueron las categorías en el rango de edad de 41-50 y mayores de 61 años de edad en ambos géneros. Sin embargo, en términos generales afecta en mayor medida a las mujeres <sup>2</sup>.

Al realizar la comparación de la variable de estilo de vida, con el género de los pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2, se presentó que de 143 pacientes, 34 pacientes mujeres tienen un estilo de vida saludable, con un 35% y 63 mujeres presentan un estilo de vida no saludable, con un 65%, en los pacientes masculinos 17 presentan un estilo de vida saludable, con un 37% y 29 un estilo de vida no saludable, con un 63%. Se presenta el estilo de vida saludable con mayor predominio en el género masculino con un 37%. Aunque ambos géneros presentan estilos de vida saludable como no saludable muy similares, hay mayor predominio en el género femenino con una diferencia del 2% (Tabla y gráfica 14).

En términos generales en esta investigación predomina el estilo de vida no saludable en cada uno de los indicadores sociodemográficos, observándose en la variable de estado civil una mayor frecuencia en el rubro de unión libre con 29 pacientes de un total de 31 que presentan un estilo de vida no saludable con 93.5%. Por el contrario, un estilo de vida saludable tiene mayor predominio en el estado civil casado con una frecuencia de 44 pacientes de un total de 51, obteniéndose un 86.2% (Tabla y gráfica 15). La importancia de valorar los diferentes rangos de edad, con respecto al estilo de vida, muestra mayor predominio en el estilo de vida no saludable con el rubro de 31 a 40 años de edad obteniéndose

un 76% y el grupo de edad con un estilo de vida saludable más frecuente fue el de 51 a 60 años de edad con un 47.5% (Tabla y gráfica 16). Se observó que la escolaridad influye de manera directa en el estilo de vida ya que los resultados predominantes fueron en el rubro de analfabetos con un 73.5% y un estilo de vida no saludable, presentando un porcentaje similar el nivel educativo de enseñanza básica. La predominancia del estilo de vida saludable se encuentra en los que tienen una escolaridad en el nivel superior con un 54% (Tabla y gráfica 17). Los resultados obtenidos al comparar las variables de estilo de vida y ocupación nos muestran que el estilo de vida no saludable predomina en 6 de los 7 rangos de ocupación, con una frecuencia de mayor a menor: obrero, comerciante en pequeño, desempleado, empleado y hogar. Así mismo los pacientes que ejercen una profesión presentan un estilo de vida saludable con mayor frecuencia. Los cambios producidos en el patrón de daños a la salud del país en las últimas décadas se deben a gran medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con los estilos de vida (Tabla y gráfica 18).

Los estilos de vida son pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona para el presente estudio se utilizó el instrumento de Prácticas y Creencias del Estilo de Vida de Arrivillaga et al, el cual clasifica el estilo de vida en cuatro rangos de calificación, siendo estos: Muy saludable, Saludable, Poco saludable y No saludable. Para los resultados de este estudio se agruparon sólo en dos rangos que son Saludable y No Saludable.<sup>15</sup>

Por lo que en todas las fases del ciclo vital familiar se presentaron estilos de vida no saludables con mayor frecuencia en los dos extremos del ciclo vital familiar, en la fase de matrimonio con el 87% y la de retiro y muerte con 68% de estilo de vida no saludable, llegando a disminuir a medida en que avanza el ciclo vital familiar. Teniendo en la fase de dispersión una similitud entre el estilo de vida saludable con 48% y no saludable con 52%. (Tabla y gráfica 19)

## X. CUADROS Y GRAFICOS.

**TABLA No. 1.**

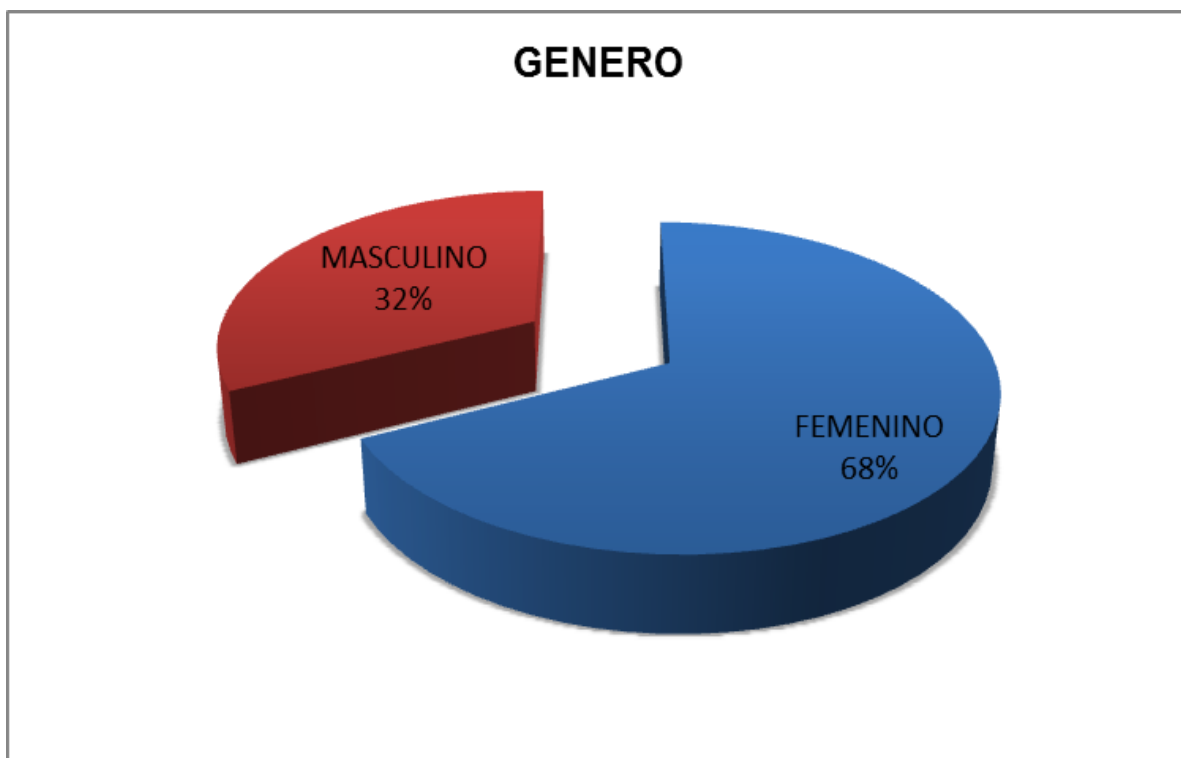
Género de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

GENERO		
	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	97	67.8
MASCULINO	46	32.2
Total	143	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

**GRAFICA No.1.**

Género, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No. 1



**TABLA No. 2.**

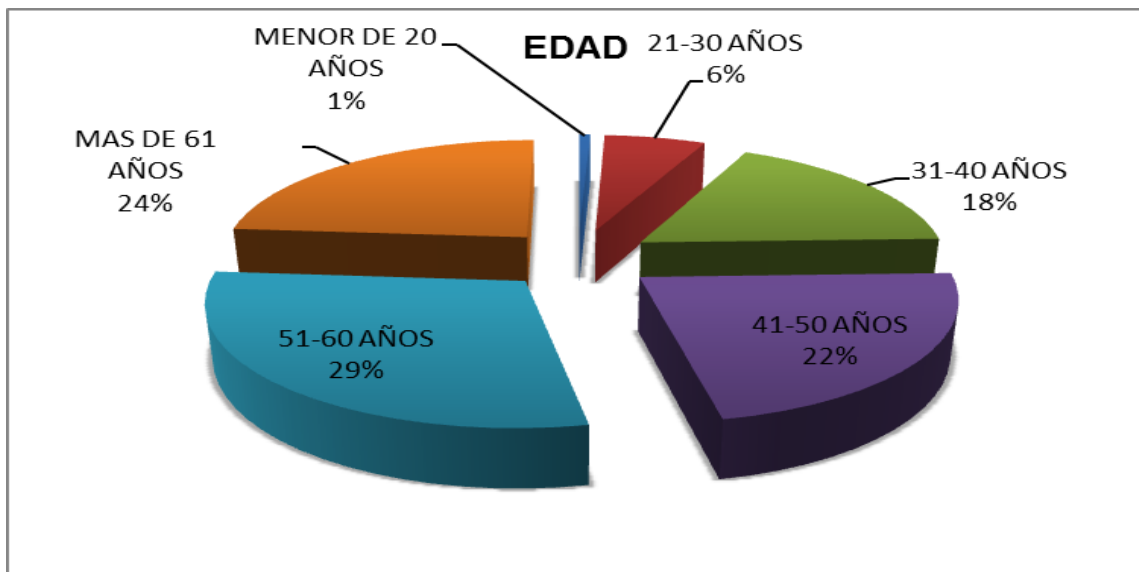
Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

EDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
MENOR DE 20 AÑOS	1	.7
21-30 AÑOS	9	6.3
31-40 AÑOS	25	17.5
41-50 AÑOS	32	22.4
51-60 AÑOS	42	29.4
MAS DE 61 AÑOS	34	23.8
Total	143	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

**GRAFICA No. 2.**

Edad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.2

**TABLA No. 3.**

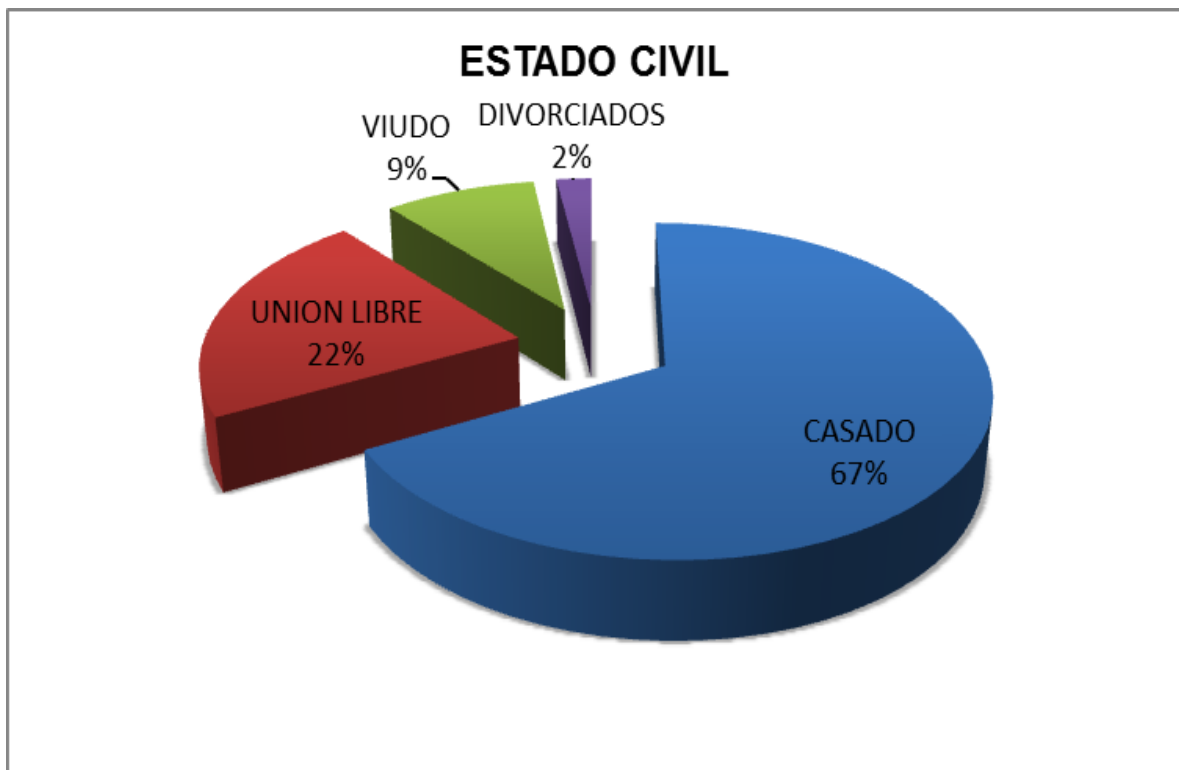
Estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
CASADO	96	67.1
UNION LIBRE	31	21.7
VIUDO	13	9.1
DIVORCIADO	3	2.1
Total	143	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemograficos.

**GRAFICA No.3:**

Estado civil de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.3

**TABLA No. 4.**

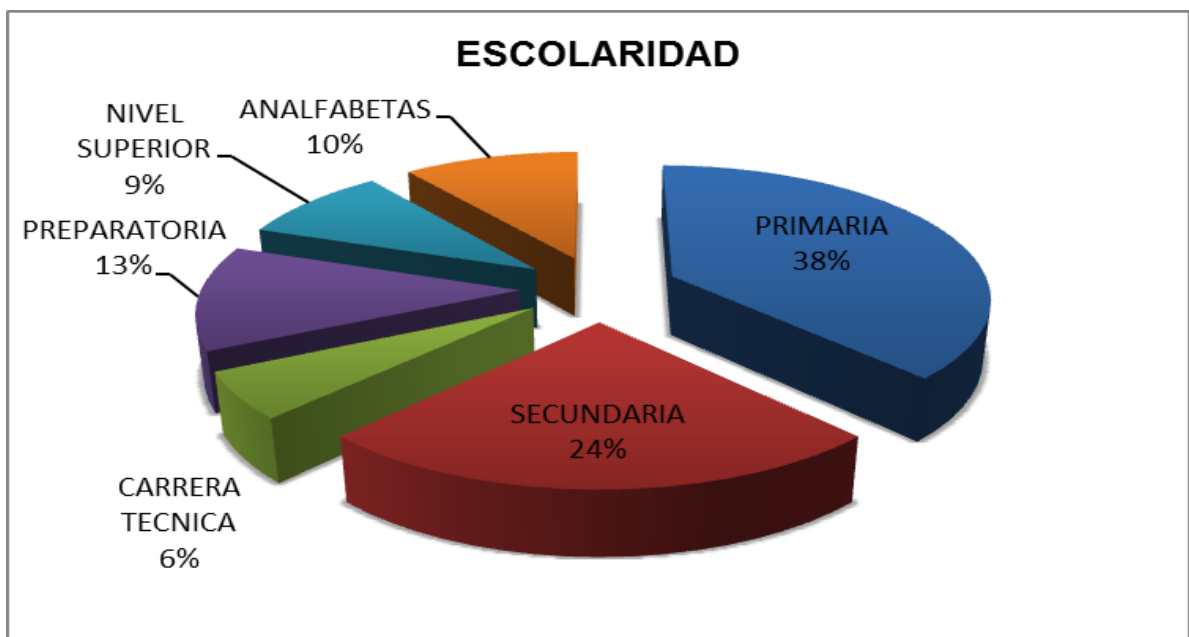
Escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESCOLARIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	54	37.8
SECUNDARIA	35	24.5
CARRERA TECNICA	8	5.6
PREPARATORIA	18	12.6
NIVEL SUPERIOR	13	9.1
ANALFABETA	15	10.5
Total	143	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

**GRAFICA No.4.**

Escolaridad de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.4

**TABLA No. 5.**

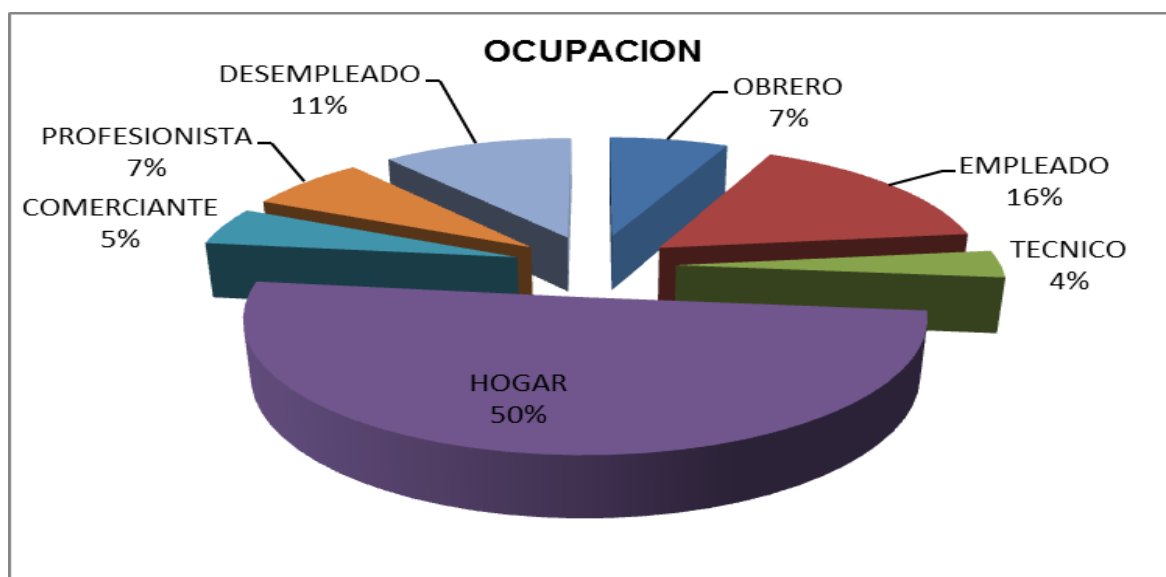
Ocupación de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OCUPACION		
	Frecuencia	Porcentaje
OBRERO	10	7.0
EMPLEADO	23	16.1
TECNICO	5	3.5
HOGAR	72	50.3
COMERCIANTE	7	4.9
PROFESIONISTA	10	7.0
DESEMPLEADO	16	11.2
Total	143	100.0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos.

**GRAFICA No.5.**

Ocupación de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.5

**TABLA No.6.**

Estilo de vida, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTILO DE VIDA		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SALUDABLE</b>	51	35.7
<b>NO SALUDABLE</b>	92	64.3
<b>Total</b>	143	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluacion para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No.6.**

Estilo de vida, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.6

**TABLA No.7.**

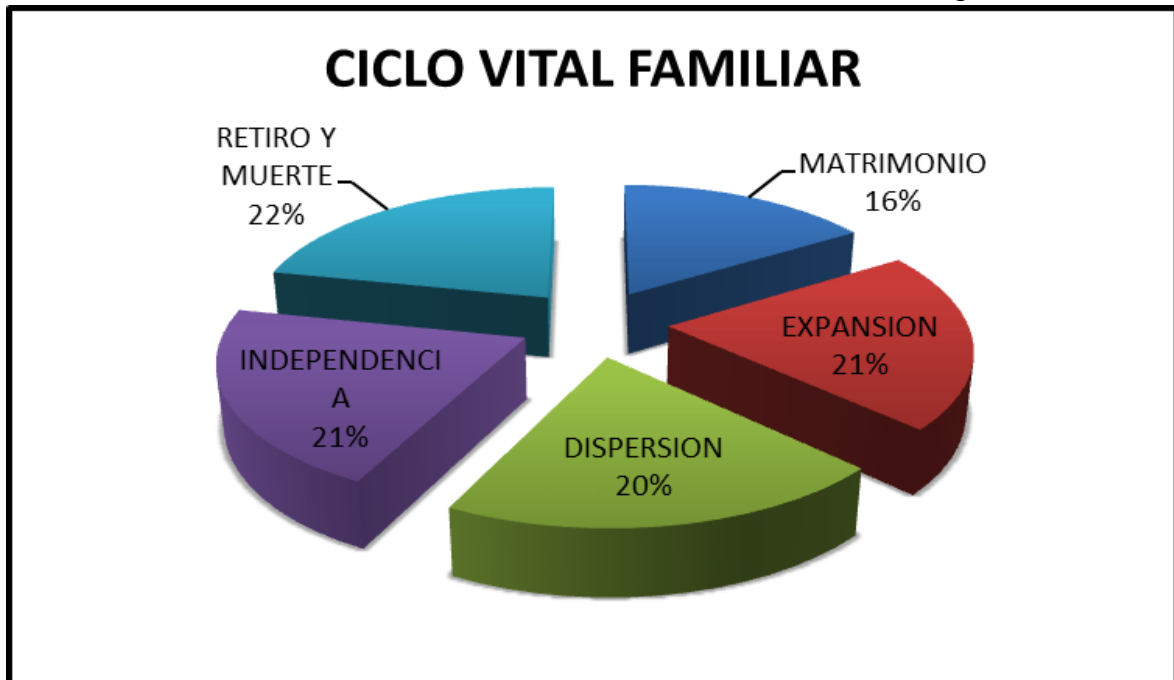
Fases del ciclo vital familiar, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CICLO VITAL FAMILIAR		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>MATRIMONIO</b>	23	16.1
<b>EXPANSION</b>	30	21.0
<b>DISPERSION</b>	29	20.3
<b>INDEPENDENCIA</b>	30	21.7
<b>RETIRO Y MUERTE</b>	31	21.0
<b>Total</b>	143	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No.7.**

Fases del ciclo vital familiar, de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.7

**TABLA No. 8.**

Estilos de vida en la fase de matrimonio del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<b>ESTILO DE VIDA EN FASE DE MATRIMONIO</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SALUDABLE</b>	3	13.0
<b>NO SALUDABLE</b>	20	87.0
<b>Total</b>	23	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No. 8.**

Estilos de vida en la fase de matrimonio del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.8

**TABLA No. 9.**

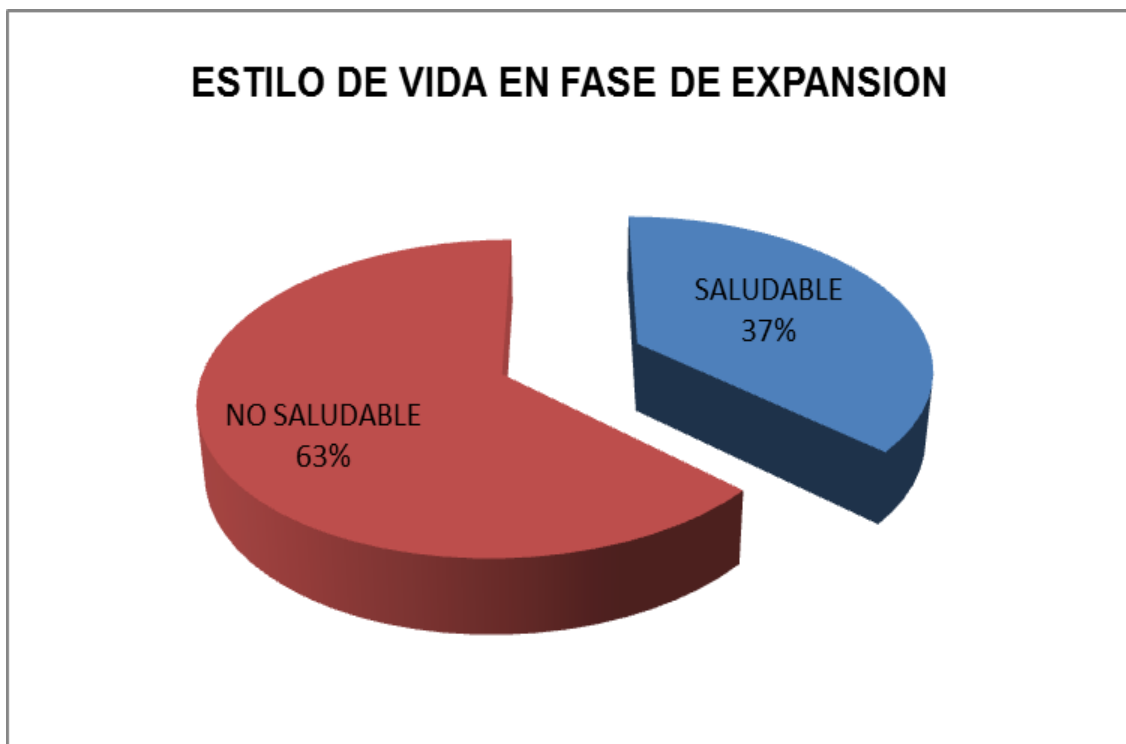
Estilos de vida en la fase de expansión del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<b>ESTILO DE VIDA EN FASE DE EXPANSION</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SALUDABLE</b>	11	36.7
<b>NO SALUDABLE</b>	19	63.3
<b>Total</b>	30	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluacion para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No.9.**

Estilos de vida en la fase de expansión del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.9



**TABLA No.10.**

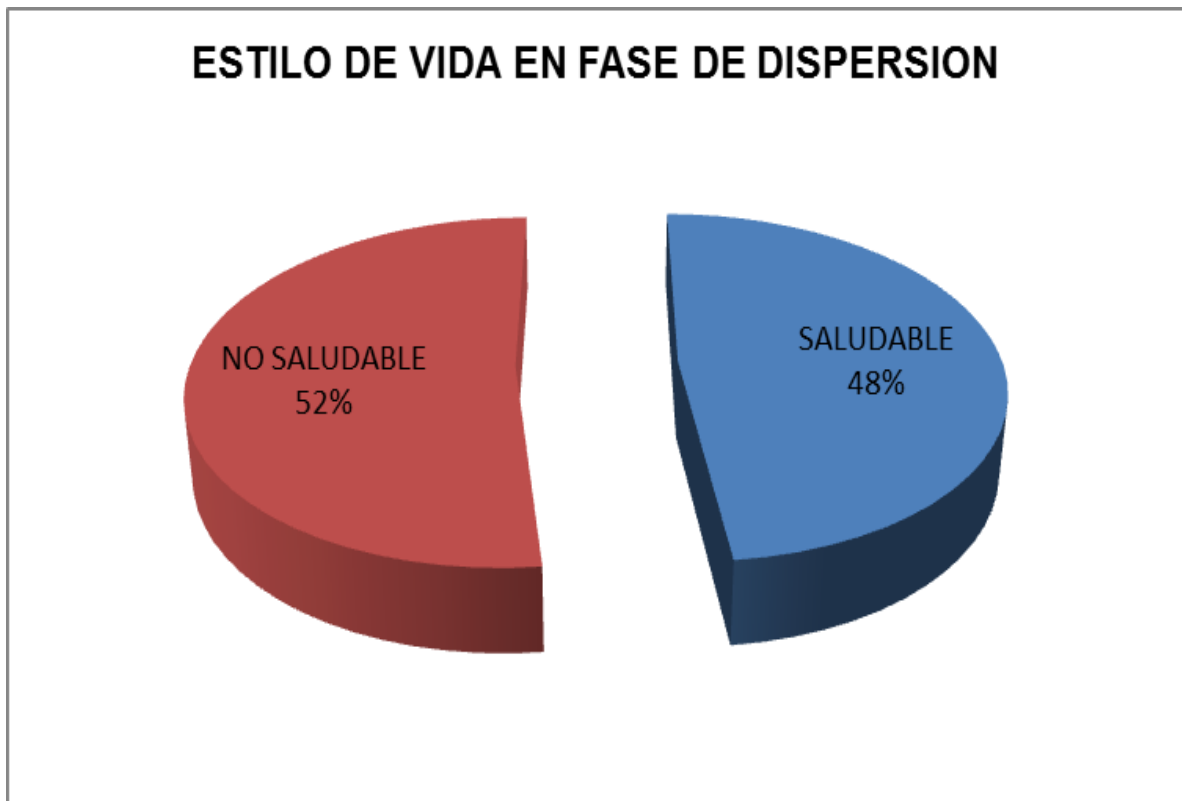
Estilos de vida en la fase de dispersión del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTILO DE VIDA EN FASE DE DISPERSION		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SALUDABLE</b>	14	48.3
<b>NO SALUDABLE</b>	15	51.7
<b>Total</b>	29	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No.10.**

Estilos de vida en la fase de dispersión del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.10

**TABLA No.11.**

Estilos de vida en la fase de independencia del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTILO DE VIDA EN FASE DE INDEPENDENCIA		
	Frecuencia	Porcentaje
SALUDABLE	13	43.3
NO SALUDABLE	17	56.7
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No.11.**

Estilos de vida en la fase de independencia del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.11

**TABLA No. 12.**

Estilos de vida en la fase de retiro y muerte del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<b>ESTILO DE VIDA EN FASE DE RETIRO Y MUERTE</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>SALUDABLE</b>	10	32.3
<b>NO SALUDABLE</b>	21	67.7
<b>Total</b>	31	100.0

Fuente: Instrumento de Evaluación para ciclo vital familiar.

**GRAFICA No. 12.**

Estilos de vida en la fase de retiro y muerte del ciclo vital familiar, en la población de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Fuente: Tabla No.12

**TABLA No.13.**

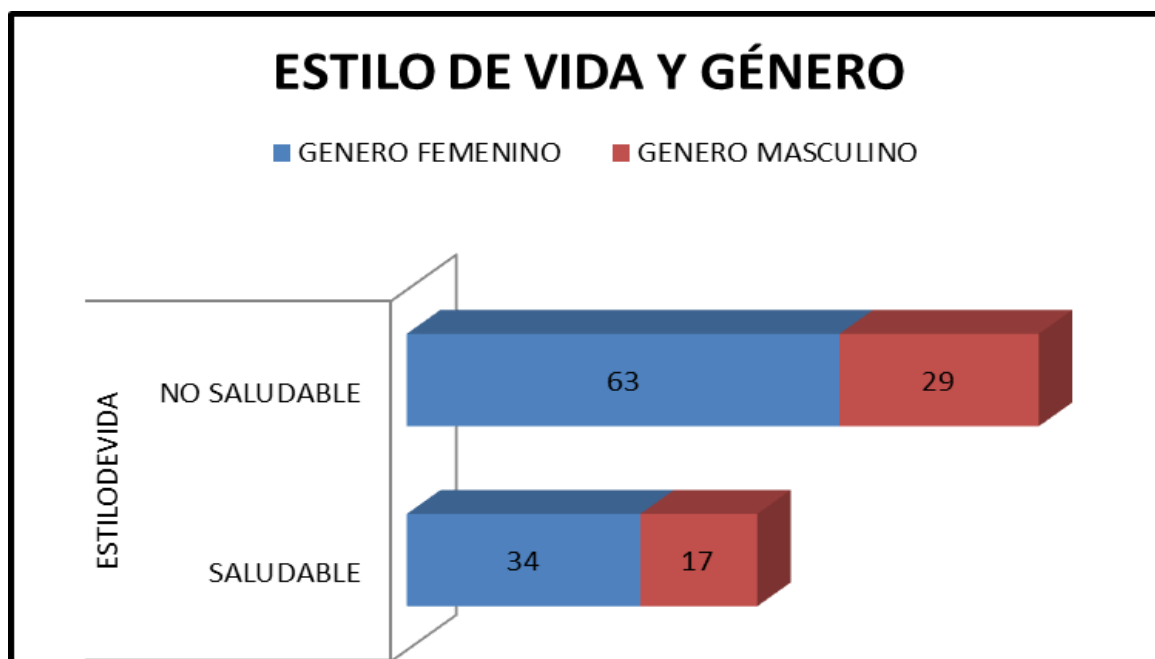
Estilo de vida y género en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

<b>ESTILO DE VIDA Y GENERO</b>				
		<b>ESTILO DE VIDA</b>		Total
		<b>SALUDABLE</b>	<b>NO SALUDABLE</b>	
<b>GENERO</b>	FEMENINO	34	63	97
	MASCULINO	17	29	46
<b>Total</b>		51	92	143
FEMENINO (%)		35%	65%	100%
MASCULINO (%)		37%	63%	100%

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA.

**GRAFICA No.13.**

Estilo de vida y género en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



FUENTE: TABLA No13

**TABLA No.14.**

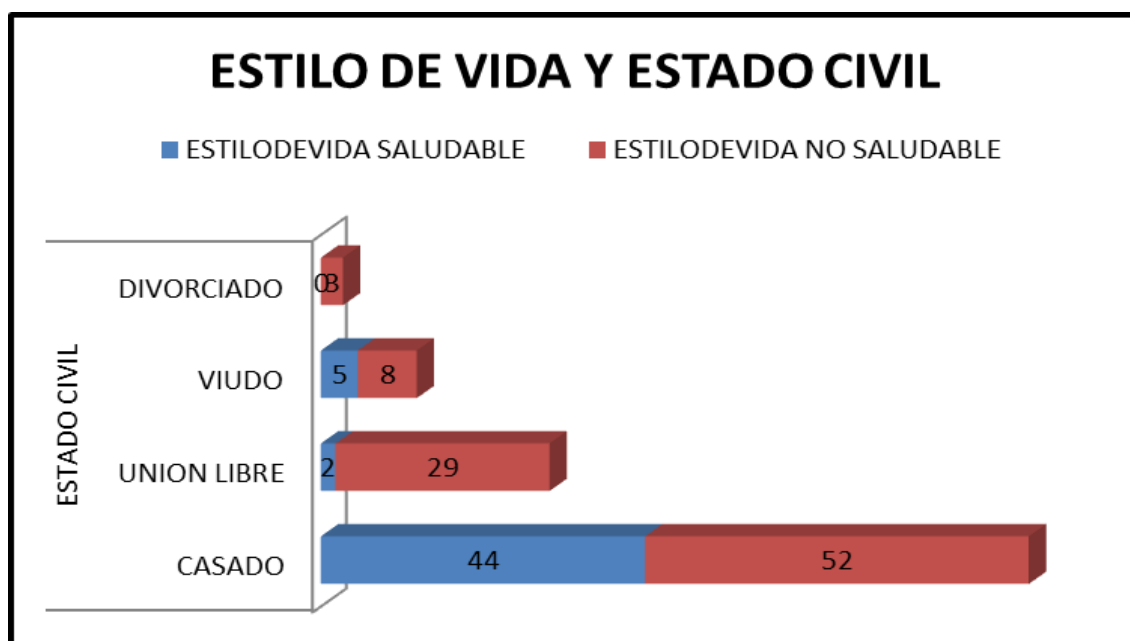
Estilo de vida y estado civil en pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ESTILO DE VIDA Y ESTADO CIVIL						
		ESTILO DE VIDA				Total
		SALUDABLE	%	NO SALUDABLE	%	
ESTADO CIVIL	CASADO	44	46	52	54	96
	UNION LIBRE	2	6.5	29	93.5	31
	VIUDO	5	38	8	62	13
	DIVORCIADO	0	0	3	100	3
Total		51		92		143

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA .

**GRAFICA No.14.**

Estilo de vida y estado civil en pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.



FUENTE: TABLA No.14

**TABLA No.15.**

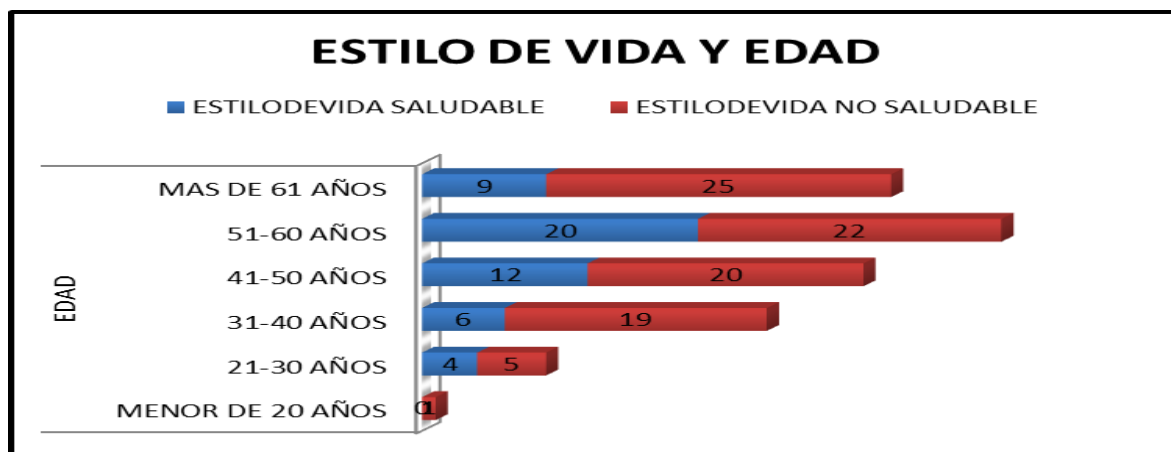
Estilo de vida y edad, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.

ESTILO DE VIDA Y EDAD						
		ESTILO DE VIDA				Total
		SALUDABLE	%	NO SALUDABLE	%	
EDAD	MENOR DE 20 AÑOS	0	0	1	100	1
	21-30 AÑOS	4	44.5	5	55.5	9
	31-40 AÑOS	6	24	19	76	25
	41-50 AÑOS	12	37.5	20	62.5	32
	51-60 AÑOS	20	47.5	22	52.5	42
	MAS DE 61 AÑOS	9	26.5	25	73.5	34
<b>Total</b>		51		92		143

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA .

**GRAFICA No.15.**

Estilo de vida y edad, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.



FUENTE: TABLA No.16

**TABLA No.16.**

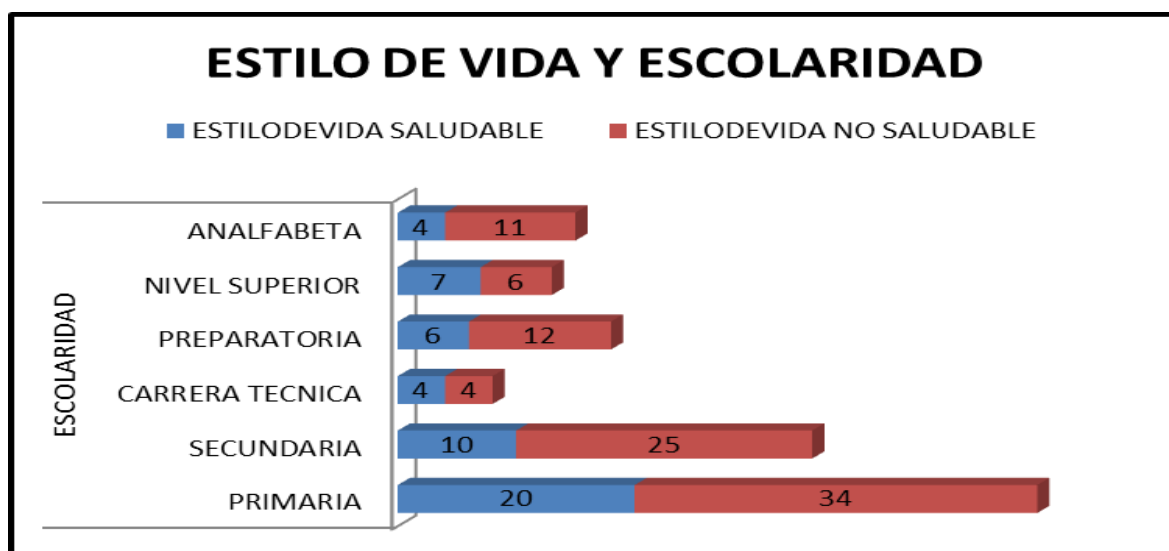
Estilo de vida y escolaridad, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.

ESTILO DE VIDA Y ESCOLARIDAD						
		ESTILO DE VIDA				Total
		SALUDABLE	%	NO SALUDABLE	%	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	20	37	34	63	54
	SECUNDARIA	10	28.5	25	71.5	35
	CARRERA TECNICA	4	50	4	50	8
	PREPARATORIA	6	33.5	12	66.5	18
	NIVEL SUPERIOR	7	54	6	46	13
	ANALFABETA	4	26.5	11	73.5	15
Total		51		92		143

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA .

**GRAFICA No.16.**

Estilo de vida y escolaridad, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.



FUENTE: TABLA No.16

**TABLA No.17.**

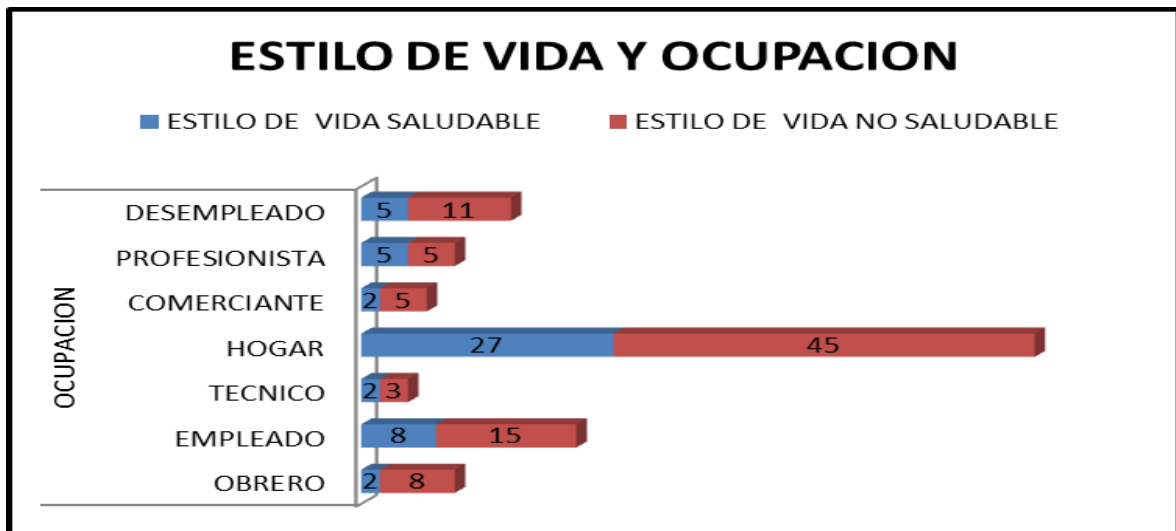
Estilo de vida y ocupación, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.

ESTILO DE VIDA Y OCUPACION						
		ESTILO DE VIDA				Total
		SALUDABLE	%	NO SALUDABLE	%	
OCUPACION	OBRERO	2	20	8	80	10
	EMPLEADO	8	35	15	65	23
	TECNICO	2	40	3	60	5
	HOGAR	27	37.5	45	62.5	72
	COMERCIANTE	2	28.5	5	71.5	7
	PROFESIONISTA	5	50	5	50	10
	DESEMPLEADO	5	31	11	69	16
<b>Total</b>		51		92		143

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA.

**GRAFICA No.17.**

Estilo de vida y ocupación, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.



FUENTE: TABLA No.18



**TABLA No.19.**

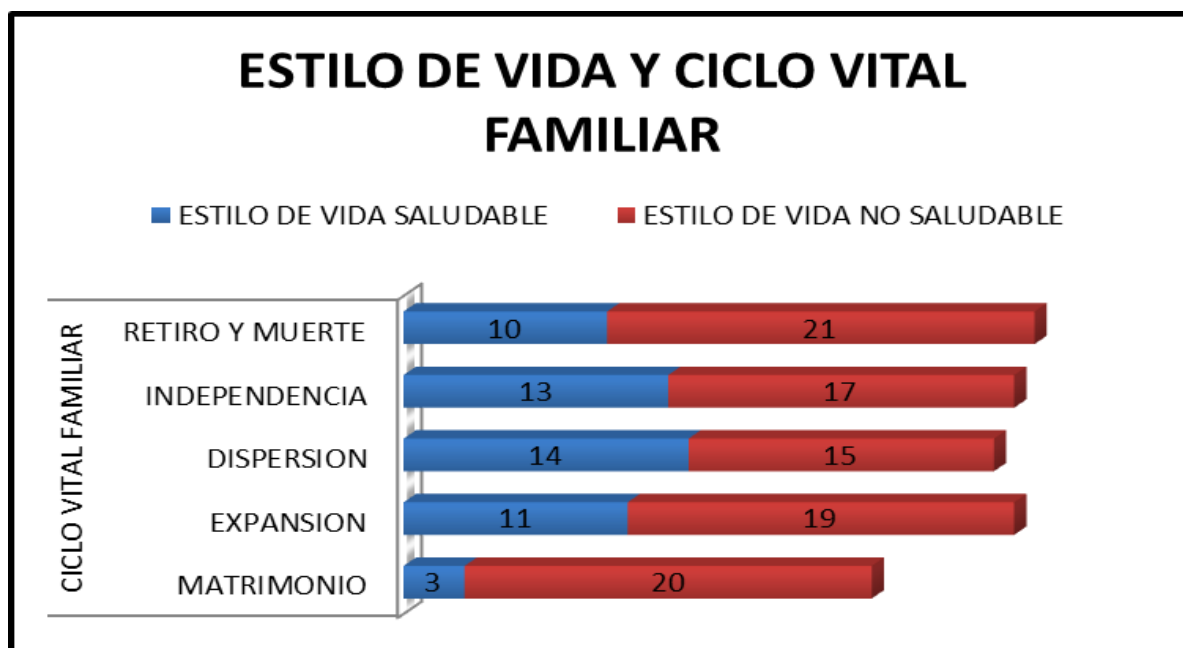
Estilo de vida y Ciclo Vital Familiar, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.

ESTILO DE VIDA Y CICLO VITAL FAMILIAR						
		ESTILO DE VIDA				Total
		SALUDABLE	%	NO SALUDABLE	%	
CICLO VITAL FAMILIAR	MATRIMONIO	3	13	20	87	23
	EXPANSION	11	37	19	63	30
	DISPERSION	14	48	15	52	29
	INDEPENDENCIA	13	43	17	57	30
	RETIRO Y MUERTE	10	32	21	68	31
<b>Total</b>		51		92		143

FUENTE: FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS DE ESTILOS DE VIDA .

**GRAFICA No.19.**

Estilo de vida y Ciclo Vital Familiar, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No 64 del Instituto Mexicano del Seguro social.



FUENTE: TABLA No.19

## XI. CONCLUSIONES.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de Unidad de Medicina Familiar Número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, los cuales presentan estilos de vida no saludable con el 64.3% con respecto al estilo de vida saludable con un 35.7%, reflejándose en cada una de las diferentes fases del ciclo vital familiar en el que predominan con una frecuencia mayor en las mujeres que en los hombres, en el rango de edad de 51-60 años, los cuales se presentaron un estilo de vida no saludable el rubro de 31-40 años de edad con el 76%, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se encontraban viviendo en unión libre presento un estilo de vida no saludable en comparación con el estado civil casado que tiene un estilo de vida saludable, así también resalta la importancia el nivel de estudios y la ocupación a la que se dediquen los pacientes diabéticos, ya que se mostro un estilo de vida no saludable que predomino en el analfabetismo, en la educación básica, el desempleo, en ocupaciones en donde se tiene un menor ingreso económico como los obreros, empleados, comerciantes en pequeño que por lo regular se dedican al ambulante, en el caso contrario que entre mayor grado de estudios y tengan como ocupación alguna profesión, presentaron estilos de vida saludable, por lo que el ciclo vital familiar cobra gran importancia, ya que este refleja como va evolucionando la familia del paciente diabético, dado que presentaron mayor frecuencia los estilos de vida no saludable en la fase de matrimonio la familia empieza a consolidar el vínculo matrimonial y el acoplamiento de la pareja, así también la fase de retiro y muerte, donde ya se presenta desconcierto, nostalgia, desempleo, agotamiento de los recursos económicos y la pareja se encuentra sola. Se encontró que en las fases de expansión, dispersión e independencia la familia puede estar constituida por tres o más integrantes, situación por lo que el apoyo que recibe el paciente diabético de parte de su familia es fundamental para un adecuado control de su enfermedad. Ya que esta representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico y cultural del paciente.

Los factores que influyen para tener un estilo de vida no saludable en la mayoría de la población fueron no practicar algún deporte o ejercicio de manera regular, no mantener su peso corporal estable, no tener un horario regular de las comidas, consumen comidas no equilibradas de acuerdo con el plato del buen comer, tienen hábitos toxicológicos negativos, no descansan ni duermen de manera regular y tienen creencias muy arraigadas que aun sabiendo los efectos negativos de estas en su salud las practican de manera regular.

La medición del estilo de vida en los pacientes es útil para identificar conductas de riesgo, sin embargo, resulta difícil debido a las múltiples dimensiones que lo componen y la dificultad de su medición directa de una manera objetiva.

A través de las diferentes fases del ciclo vital familiar, se está en contacto con familias que presentan patologías crónicas dada su evolución a largo plazo, la Diabetes Mellitus tipo 2 puede presentarse en todas las fases del ciclo vital familiar y enfrentarse a ella representa un verdadero reto para el núcleo familiar en el que se va a involucrar recursos económicos, educacionales, emocionales, físicos y sociales.

Por lo que la familia debe encontrar su propio equilibrio teniendo en cuenta las necesidades de los miembros individuales y la unidad familiar como un todo.

Por lo que tomando en consideración la hipótesis planteada.

Los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del, Instituto Mexicano del Seguro Social, con ciclo vital familiar en fase de retiro y muerte presentan un estilo de vida no saludable, con respecto al resto de las fases del ciclo vital familiar, que presentan un estilo de vida saludable.

Lo cual no se cumple la hipótesis, dado que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social presentan un estilo de vida no saludable en cada una de las cinco fases del ciclo vital familiar.

## XII. RECOMENDACIONES.

Establecer estrategias de control de esta enfermedad son la detección de casos, la promoción de la actividad física, el control de peso y el monitoreo de la calidad del tratamiento. El realizar un tratamiento integral para prevenir la aparición de complicaciones. Por ello es necesario modificar las estrategias de control de esta enfermedad la cual debe de incluir la *alfabetización en diabetes*, que comprende la realización de actividad física, la alimentación de acuerdo a las características individuales de los enfermos, el control de peso y el autocuidado de la salud, la actividad física y el control de peso, la detección de casos y la mejora continua del tratamiento de los pacientes, promoviendo la creación de grupos de ayuda mutua para personas con sobrepeso, hipertensión, diabetes y dislipidemias, prestando mayor atención a los grupos mas vulnerables de la sociedad, invirtiendo mas en el rubro de la educación sobre todo en el nivel básico implementando programas educativos con respecto a los estilos de vida y la consecuencia de no llevarlos a cabo, integrando a la familia, dándole una gran difusión permanente ya que un paciente que conoce su enfermedad, disminuye sus complicaciones a futuro. Es conveniente considerar que en los pacientes de acuerdo a su nivel sociocultural existen percepciones, creencias, costumbres y conocimientos diferentes acerca de la información sobre diabetes y acerca de los términos que se utilizan en los reactivos del instrumento por lo que sería útil realizar modificaciones pertinentes para perfeccionar su validez y evitar sesgos que alteren los resultados de la investigación.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. *Diabetes*. [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)
2. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud*. <http://www.alianza.salud.gob.mx>. 2007-2012
3. Secretaría de Salud. *Estadísticas de mortalidad*. Sistema Nacional de Información en salud. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> 2005
4. Instituto Nacional de Estadística y geografía (INEGI), " Estadística a propósito del día mundial de la DIABETES".
5. Secretaría de Salud. Anuarios de morbilidad 1984-2006. Dirección General de Epidemiología (n.d.) <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
6. Fernández G. Encuesta Nacional de Salud 2000, Cuernavaca México: INSP: 2000
7. Fernández G. Encuesta Nacional de Salud 2006. Cuernavaca, México: INSP:2006
8. Norma Oficial Mexicana NOM-015- SSA2-2010, Para la prevención y tratamiento y control de la diabetes mellitus.
9. Guía de práctica clínica, Diagnostico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009
10. Moreno L. Epidemiología y diabetes, Revista de la facultad de medicina de la UNAM. Vol. 44: 2001
11. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2011; 34, S62-S69. On line: [http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/extract/34/Supplement\\_1/S62?etoc](http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/extract/34/Supplement_1/S62?etoc)
12. Alpízar SM. Tratamiento de la Diabetes mellitus. En: Guía para el manejo integral del paciente diabético: Editorial Alfil: 2a. Edición:
13. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 Para el Manejo Integral de la Obesidad.
14. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: 1998

15. López, C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el etilo de vida. *Salud Publica de México* 2003; 45(4): 259-268
16. Arrivillaga Q. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*. 2005; 13(1)19-36.
17. Duran V. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, *Revista de Salud Publica, México*; 43: 2001:p.233-236.
18. Becoña, E. Promoción de los estilos de vida saludables. En *Investigación en Detalle Número 5*. [En línea]. ALAPSA. Bogotá: 2004
19. Vives I. Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista Psicología Científica.com*: 2007
20. Campos C. Los estilo de vida y los valores interpersonales, según la personalidad en jóvenes del departamento de Huanuco. *Revista IIPSI, Facultad de psicología*: vol.12: 2009: p.89-100
21. Ocampo A. Asociación de los dominios (estilo de vida) de la encuesta IMEVID, en pacientes con Diabetes Tipo 2. *Rev Sanid Milt Mex* 2010; 64 (5):211-223
22. Guerrero R. *Psicología del mexicano*. México, D.F.: Editorial Trillas: 2008
23. Anzures RL. *Medicina Familiar: 1a ed.* México: Corinter: 2008 Pp.203-225.
24. Minuchin, S. *Técnicas de terapia familiar, grupos e instituciones: 5ª reimpresión*, México: 1990: pp. 25-41
25. Irigoyen A. *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar:5ª. Edición*: Editorial Medicina Familiar Mexicana: México: 1990
26. Velasco M. *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias): 1ª edición*: México: Editorial El Manual Moderno: 2001 : pp. 195-219
27. González J. Familia como sistema. *Rev. Paceaña de Medicina Familiar*. 2007, 4 (6) 111-114.
28. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos octubre 2008.*
29. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.*

30. Gómez O. Sistema de salud de México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. [citado 2012 Nov 15]

## XIV. ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 64.

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Afiliación: \_\_\_\_\_

1 .- Edad:

a.- menor de 20 años. b.- 21-30 años. c.- 31-40 años. d.- 41-50 años  
e.- 51-60 años. f.- más de 61 años.

2 .- Genero:

a.- Hombre. b.- Mujer.

3 .- Estado Civil:

a.- casado(a). b.- unión libre. c.- viudo(a) d.- Divorciado.

4 .- Escolaridad:

a.- Primaria b.- Secundaria c.- carrera técnica d.- preparatoria  
e.- Nivel superior f.- Analfabeta.

5 .- Ocupación:

a.- Obrero b.- empleado c.- técnico d.- hogar  
e.- comerciante f.- profesionista g.- desempleado

6 .- Habitan en la misma casa con todos los integrantes de su familia:

a.- Si b.- No

7 .- Religión:

a.- Católico b.- protestantes y evangélicos c.- cristianos d.-  
Ateo

8 .- ¿tiene hijos? Si la respuesta es SI. Marque en que grupo de edades se encuentran.

a.- No tienen hijos b.- Hasta 3 años de edad c.- Mayor de 3 a 6 d.- De 7 a 12 años  
e.- De 13- 16 años f.- De 17 a 24 años g.- Mayor de 25 años h.- Mayores de 25 años que ya no habitan con su familia de origen.





**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA**  
**M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez.**

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una «x» la casilla que mejor describa su comportamiento.

Conteste sinceramente.

No existen respuestas ni buenas ni malas.

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

	<b>PRACTICAS</b>	<b>Siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE</b>					
<b>1</b>	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.				
<b>2</b>	Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
<b>3</b>	Mantiene el peso corporal estable				
<b>4</b>	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning,cardiobox,aeróbicos,aerorumba).				
<b>5</b>	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kunfu, yoga, danza, meditación, relajación auto dirigida)				
<b>6</b>	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo Supervisión.				
<b>RECREACIÓN Y MANEJO DE TIEMPO LIBRE</b>					
<b>7</b>	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta).				
<b>8</b>	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria.				
<b>9</b>	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre.				
<b>10</b>	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
<b>11</b>	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				

<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO</b>		<b>Siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento.				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consume medicinas sin prescripción médica (anfetaminas,antidepresivos,ansiolíticos,hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios Físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				
28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como «zona de refugio», etc.) que hay en la Universidad				
32	PARA EMPLEADOS: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.)relacionadas con su trabajo				

	<b>HABITOS ALIMENTICIOS.</b>	<b>Siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
33	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34	Añade sal a las comidas en la mesa?				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36	Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41	Mecatea. (Prueba alimentos por gusto constantemente).				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44	Consume productos ahumados?				
45	Mantiene un horario regular en las comidas?				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				

	<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>	<b>Siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>50</b>	PARA FUMADORES: Fuma cigarrillo o tabaco?				
<b>51</b>	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana?				
<b>52</b>	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia?				
<b>53</b>	Consume licor al menos dos veces en la semana?				
<b>54</b>	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar?				
<b>55</b>	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
<b>56</b>	Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, achis, entre otras)?				
<b>57</b>	Dice «no» a todo tipo de droga?				
<b>58</b>	Consume más de dos tazas de café al día?				
<b>59</b>	Consume más de tres coca-colas en la semana?				

<b>SUEÑO</b>		<b>Siempre</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>60</b>	Duerme al menos 7 horas diarias?				
<b>61</b>	Trasnocha?				
<b>62</b>	Duerme bien y se levanta descansado?				
<b>63</b>	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
<b>64</b>	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
<b>65</b>	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
<b>66</b>	Hace siesta?				
<b>67</b>	Se mantiene con sueño durante el día?				
<b>68</b>	Utiliza pastillas para dormir?				
<b>69</b>	Respetar sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				

	<b>CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE.</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>70</b>	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
<b>71</b>	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
<b>72</b>	El ejercicio siempre puede esperar				
<b>73</b>	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo.				
<b>74</b>	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				

	<b>RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>75</b>	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos.				
<b>76</b>	El trabajo es lo más importante en la vida				
<b>77</b>	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
<b>78</b>	El descanso es importante para la salud				

	<b>AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO.</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>79</b>	Cada persona es responsable de su salud.				
<b>80</b>	Es mejor prevenir que curar.				
<b>81</b>	Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico.				
<b>82</b>	Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud.				
<b>83</b>	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento.				
<b>84</b>	Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino.				
<b>85</b>	La relajación no sirve para nada.				
<b>86</b>	Es difícil cambiar comportamientos no saludables.				
<b>87</b>	Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione.				
<b>88</b>	Los productos naturales no causan daño al organismo.				
<b>89</b>	En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad.				
<b>90</b>	Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno.				
<b>91</b>	En la vida hay que probarlo todo para morir contento.				

	<b>HABITOS ALIMENTICIOS.</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>92</b>	Entre más flaco más sano.				
<b>93</b>	Lo más importante es la figura.				
<b>94</b>	Comer cerdo es dañino para la salud.				
<b>95</b>	Entre más grasosita la comida más sabrosa.				
<b>96</b>	El agua es importante para la salud.				
<b>97</b>	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo.				
<b>98</b>	Las dietas son lo mejor para bajar de peso.				

	<b>CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>99</b>	Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
<b>100</b>	Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la Salud				
<b>101</b>	Al consumir licor logra estados de mayor sociabilidad				
<b>102</b>	Un traguito de vez en cuando no le hace daño a nadie				
<b>103</b>	Tomar trago es menos dañino que consumir drogas				
<b>104</b>	El licor es dañino para la salud				
<b>105</b>	Una borrachera de vez en cuando no le hace mal a nadie				
<b>106</b>	Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas				
<b>107</b>	Nada como una Coca-Cola con hielo para quitar la sed				
<b>108</b>	El café le permite a la gente estar despierta				





SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

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

<b>109</b>	Hay que tomar una copita de vino para que funcione bien el organismo				
	<b>SUENO</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
<b>110</b>	Dormir bien, alarga la vida				
<b>111</b>	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
<b>112</b>	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
<b>113</b>	Sólo puede dormir bien en su propia cama.				
<b>114</b>	Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas(ventilación, luz, temperatura)				
<b>115</b>	Si toma café o Coca-Cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
<b>116</b>	Dormir mucho da anemia				

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: **CICLO VITAL FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTILO DE VIDA, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Patrocinador externo (si aplica): \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: **TLALNEPANTLA, TEQUESQUINAHUAC. ESTADO DE MEXICO,**

Número de registro: **1408**

Justificación y objetivo del estudio: **RELACIONAR EL CICLO VITAL FAMILIAR CON EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 64, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Procedimientos: **EN CONTESTAR EL CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA. (M.ARRIVILLAGA, I.C. SALAZAR E I. GÓMEZ.), ASÍ COMO CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**

Posibles riesgos y molestias: **ABORDAR TEMAS DE CARÁCTER PERSONAL.**

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: **CONTRIBUIR AL ESTUDIO, PARA IDENTIFICAR LOS ESTILOS DE VIDA QUE LLEVAN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, Y COMO SE PUEDEN IMPLEMENTAR PROGRAMAS PARA MODIFICAR LOS ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES.**

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: **EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE HA PROPORCIONAR INFORMACION ACTUALIZADA, QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO PARA UN MAYOR BENEFICIO DE LOS PACIENTES.**

Participación o retiro: **SE CONSERVA EL DERECHO DE RETIRARSE DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO QUE LO CONSIDERE PERTINENTE**

Privacidad y confidencialidad: **SE RESPETA**

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

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:  
 Investigador Responsable: **DR: JOSE ANTONIO MORENO ALBOR. MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.TERCER AÑO.MATRICULA:98153248**

Colaboradores: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del sujeto

**DR: JOSE ANTONIO MORENO ALBOR. MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR.TERCER AÑO.MATRICULA:98153248**  
 Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

**Testigo 1**  
 Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
 Testigo 2  
 Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco primero a Dios, que guía mis pasos, mi camino y el de mi familia, ya que sin la voluntad de mi padre todo poderoso, esto no podría haberse realizado, “el señor es mi pastor y nada me faltara, de quien temeré”.

A mi esposa María Yazmín Galicia Valdés, quien es el pilar de la familia y mi brazo derecho, es mi luz cuando hay oscuridad, mi guía, mi asesora personal, quien está en todo momento en mi vida, la mujer que me enseñó a luchar, a no dejarme vencer, a pesar de que tan difícil sean las cosas de la vida y por sus grandes consejos que siempre son tan oportunos.

A mi hijo Jesús Antonio Moreno Galicia. Mi primogénito, que ha sido una de las principales causas que me ha impulsado a seguir actualizándome, ya que el enseñar se demuestra con el ejemplo cotidiano. Gracias por enseñarme a ser tu padre, te quiero hijo.

A mi hija Melissa Moreno Galicia. Con sus ocurrencias acertadas a pesar de su corta edad, que me alegran el día a día, me encanta su mirada alentadora, inspiradora y tierna con la cual me llena de energía y me impulsa a seguir adelante.

A mi hijo Jesús David Moreno Galicia. Mi pilón, la gran bendición que me envió mi Dios, para hacerme entender que tan grande es la vida.

A mi madre, Odilay Albor González, esa gran mujer que creo Dios, un ángel, la que incondicionalmente siempre da todo por sus hijos, para que salgan victoriosos en la vida, esa mujer que dedico constancia, garra, fuerza, entusiasmo, educación y sobre todo amor con sus hijos, haciéndolos unos triunfadores en la vida, gracias por apoyarme y aconsejarme siempre.

A mi padre, José de Jesús Moreno Azcarate. Ese gran hombre, rígido, estricto, disciplinado, hombre de palabra, la mano dura de la casa, el cual siempre velaba por nuestro bienestar y prosperidad, por la fuerza que nos daba con su presencia y los sabios consejos que brindaba en los momentos de crisis. Sé que estas en un lugar mejor, que tu partida fue muy repentina, que tu ausencia aún me duele, pero siempre te tendré presente Querido Padre.

A mis hermanos, José de Jesús y Juan Gabriel Moreno Albor, que siempre me brindaron su apoyo y confianza a pesar de la adversidades que se presentaban.

A mis compañeros y amigos, Jesús, Carolina, Cristina, Daniel y Manuel por esos momentos tan gratos que compartimos dentro de la especialidad.

A mis profesores Dra. Albina, Dr. Luis Rey, Dra. Guadalupe, Dr. Jorge Velázquez, por sus enseñanzas, por esos comentarios tan acertados, por esa comprensión, paciencia y el sabernos escuchar. A mis maestros de cada una de las rotaciones en la cuales pase durante mi posgrado, y a los médicos de guardia en la Quebrada, por que gracias a ellos aprendí muchísimas cosas de las cuales me siento orgulloso, ya que dejaron esa gran huella en mi formación y en mi vida que me permitieron ser mejor y diferente persona, gracias por encontrar mi lado humano, no siendo ni más ni menos que mis semejantes.