



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE  
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

---

---

**ESCUELA DE LICENCIATURA DE  
ENFERMERIA**

**TESIS**

**“ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS QUE ACUDEN  
AL CENTRO DE SALUD DE QUERENDARO  
MICH”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA  
P.L.E. MIRIAM SÁNCHEZ HEREDIA**

**ASESORES  
L.E. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS  
M.E.y A.S.MARTHA ISABEL IZQUIERDO PUENTE**

**MORELIA, MICHOACÁN.**

**SEPTIEMBRE DEL 2005**

## **DIRECTIVOS**

**M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA**  
**DIRECTORA**

**L. E. O. MA. MARTHA MARIN LAREDO**  
**SECRETARIA ACADEMICA**

**L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORAN**  
**SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

## **JURADO**

**PRESIDENTE:**

**PRIMERA VOCAL:**

**SEGUNDA VOCAL:**

## AGRADECIMIENTOS

### **A DIOS:**

*Agradezco al ser supremo que es DIOS por permitir realizarme como mujer profesionalista, por darme la oportunidad de vivir y por ser la luz de mi camino, permitiendo llegar a este momento tan importante de mi vida.*

### **A MIS PADRES:**

*Por darme lo más valioso que es la vida por su confianza en mí persona, por su apoyo moral y económico, por los consejos que me dieron a lo largo de los años de estudio, por la fe que en mí depositaron para que yo lograra ser una persona de provecho, y hacer realidad uno de mis más grandes anhelos.*

**A MIS HERMANOS:**

*Por el cariño que siempre me brindan, por la confianza que me han dado, por compartir conmigo las experiencias del diario vivir.*

**A MIS ASESORES. ROBERTO MARTINES ARENAS**

**MARTHA I. IZQUIERDO PUENTE**

*Expreso mi más profundo agradecimiento por su paciencia, su valioso tiempo en el asesoramiento de este trabajo de investigación ya que difícilmente habría podido llevar un buen término sin sus enseñanzas.*

**A TODOS MIS FAMILIARES Y AMIGOS:** *que de una manera u otra intervinieron en diversas formas, como su apoyo moral y espiritual*

**PACIENCIA, ANIMO, TOLERANCIA**

## DEDICATORIA

A MIS PADRES:

*Juan Manuel Sánchez García  
Sílvia Heredia Cortez.*

*Porque han sabido afrontar los problemas y salir adelante por darme una educación que me ha permitido lograr la superación personal y profesional, por que con su apoyo y confianza y amor que me han brindado, el camino que he recorrido ha sido más ligero y fácil para llegar hasta donde ahora me encuentro.*

*Por su infinita confianza  
GRACIAS.*

# INDICE

<b>I INTRODUCCION</b>	1
<b>II JUSTIFICACIÓN</b>	4
<b>III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	9
<b>IV MARCO TEORICO</b>	11
4.1 ESTILOS DE VIDA	11
4.2 DIABETES MELLITUS	16
4.2.1 DEFINICION DE DIABETES	17
4.2.2 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE PANCREAS	18
4.2.3 SIGNOS Y SINTOMAS	18
4.2.4 DIAGNOSTICO	19
4.2.5 TRATAMIENTO	19
4.3 INTERRELACION DE VARIABLES	22
<b>V OBJETIVOS</b>	24
<b>5.1 OBJETIVO GENERAL</b>	24
<b>5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	24
<b>VI METODOLOGIA</b>	25
6.1 TIPO DE ESTUDIO	25
6.2 DISEÑO METODOLOGICO	25
6.3 LIMITES DE TIEMPO Y ESPACIO	25
6.4 UNIVERSO	26
6.5 MUESTRA	26
6.6 CRITERIOS DE ESTUDIO	26
6.6.1 CRITERIOS DE INCLUSION	26
6.6.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	26
6.7 VARIABLES	27
6.7.1 VARIABLES DESCRIPTIVAS	27
6.7.2 VARIABLES DE ESTUDIO	27
6.7.3 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALICIZACION DE VARIABLES	28
6.8 INSTRUMENTOS	29
6.9 PROCEDIMIENTOS	29
6.10 ANALISIS ESTADISTICO	29
6.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	29
6.11.1 RECURSOS HUMANOS	29
6.11.2 RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS	29
6.11.3 RECURSOS FINANCIEROS	30
<b>VII ETICA DE ESTUDIO</b>	31
<b>VIII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	33
<b>IX PROCESAMIENTO DE LOS DATOS</b>	35
9.1 CRUCE DE VARIABLES	36

9.2 INTERPRETACIÒN	37
<b>X CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>XI SUGERENCIAS</b>	<b>40</b>
<b>XII RESULTADOS</b>	<b>75</b>
<b>XII ANEXOS</b>	<b>78</b>

## I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus o Diabetes sacarina es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, o un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos o a ambas circunstancias, por lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia, la causa puede ser genética, vírica, ambiental. Alrededor de 2 de cada 3 Diabéticos pertenecen a una familia con historia de diabetes.<sup>1</sup>

Los dos tipos principales son el tipo I, Diabetes juvenil o Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) y el tipo II Diabetes del adulto o Diabetes Mellitus no insulino - dependiente (DMNID).

La realidad social contemporánea transforma de manera continua los modos de vida de las personas-comunidad, modificando patrones de consumo, trabajo, recreación. Éstos son factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad y son motivo de interés; el análisis de sus consecuencias negativas para favorecer el bienestar de la persona, es de vital importancia, así como el tener conocimiento científico necesario para desempeñar de manera eficiente y segura nuestras actividades como personal de Enfermería que contribuyan al control de la enfermedad y prevención de daño mayor.

La DMNID tiene una incidencia mayor, variando enormemente de población en población. Su mayor incidencia se observa en personas con obesidad y disminución del ejercicio físico.

Dentro de las complicaciones de la diabetes se encuentra la Nefropatía Diabética que es una de las enfermedades renales más devastadoras que progresa a un ritmo aproximado de 8 a 9% anualmente hasta en un 30% de los pacientes diabéticos

Para 1993, la Diabetes era la principal causa de Insuficiencia Renal y Ceguera, prácticamente todos los pacientes con Diabetes tipo I desarrollaban Retinopatía no proliferativa, y el 30% Maculopatía y Neovascularización. En un estudio realizado en Estados Unidos refleja un aumento importante de pacientes diabéticos sometidos a trasplante renal (19.2%), especialmente jóvenes, en contraposición a diabéticos con enfermedad vascular cardíaca y periférica severa, así como menor potencial de rehabilitación. Sin embargo las cifras para ese período indican una sobrevida no mayor de 2 años en alrededor del 50% de los pacientes diabéticos. Se calcula que una quinta parte de los diabéticos con "buen" control glicémico, desarrollan Nefropatía Diabética.<sup>2</sup> por lo anterior es de vital importancia un adecuado tratamiento que evite o disminuya las complicaciones tan severas a las que se va enfrentando el paciente con DM

El presente trabajo presenta el tema de la diabetes como problema de salud pública donde se destaca la magnitud y trascendencia. En el marco teórico se hace una revisión bibliográfica, se abordan los estilos de vida como un factor predisponente a la diabetes, en las personas que hoy en día llevan un ritmo de vida, llena de estrés, con malos hábitos alimenticios, y con poca actividad física que afecta nuestra salud, desarrollando diferentes enfermedades crónico degenerativas como lo es la Diabetes Mellitus, esta enfermedad es un problema de salud que se presenta en nuestro país y que día con día lo muestran las estadísticas van en aumento debido al diagnóstico de más enfermos.

El trabajo desarrolla una investigación de tipo descriptiva, prospectiva, transversal y observacional. En la metodología se maneja el universo de estudio, así como los criterios de inclusión, de no inclusión y de eliminación, las variables de estudio, los resultados se presentan en cuadros y gráficos utilizando el programa SPSS versión 11.0 para el análisis de la información.

---

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Health Promotion. An anthology. Washington DC:OPS; 1996. ( Publicación científica 557) .

La importancia de realizar la investigación es poder brindar una educación de la salud y proporcionar un adecuado cuidado de las personas que presentan esta enfermedad.

Este problema de salud está alcanzando dimensiones epidémicas, por lo que considero importante la realización de este estudio siendo indispensable que los licenciados en enfermería prestemos atención a este aspecto tan importante y así obtener el mayor conocimiento posible sobre estos aspectos para el mejor desempeño de nuestra profesión, así mismo poder ofrecer a la comunidad nuestros servicios; desde este punto de vista es primordial dar a conocer a los pacientes de que manera afecta en la salud los estilo de vida, y así ellos obtengan el mayor beneficio posible aplicando las recomendaciones.

La realización de este estudio lo considero indispensable por que este problema de salud tiene un gran impacto en la sociedad en donde desempeño mi servicio y me permite apoyar el cuidado de quienes han perdido el tesoro invaluable de la salud para que logren una vida de calidad, este trabajo permitirá presentarme ante la sociedad como un miembro digno del equipo multidisciplinario de salud, por lo que creo que no debe pasar por alto para obtener un mayor conocimiento.

Ser Licenciada en Enfermería implica tener la preparación y capacidad para brindar una atención integral con cuidados de calidad y fundamentos teórico-prácticos-científicos; por lo cual he puesto todo mi empeño en elaborar este trabajo, esperando siempre obtener la superación humana y profesional.

## II. JUSTIFICACIÓN

Dado que la Diabetes Mellitus es un tipo de enfermedad que afecta a un grupo vulnerable de personas, en las que el estilo de vida influye de manera importante, siendo susceptibles para el desarrollo de la misma, se justifica llevar a cabo un estudio de los Estilos de Vida que tienen estas personas a fin de proponer alternativas de solución mediante una participación profesional de Enfermería. Siendo la diabetes mellitus una enfermedad que se presenta en nuestro país con un índice muy elevado y que va en ascenso cada día debido a diversos factores entre los que destacan los estilos de vida.

El perfil epidemiológico y de morbimortalidad está cambiando. Actualmente nos enfrentamos a una problemática de salud en la que predominan las complicaciones perinatales, Enfermedades Crónicas degenerativas (cardiovasculares y metabólicas), en las que la Diabetes es la más frecuente; las neoplásicas, que junto con el incremento de la mortalidad por accidentes, constituyen una patología propia de los países industrializados, en la que desempeñan un papel importante los valores sociales, los estilos de vida y los hábitos familiares.

Según la OMS en 1990 había 110 millones de diabéticos en el mundo, en 1995 existían 135 millones de pacientes diabéticos para el año 2000 se encontraron 175 millones de ellos y se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> . Stenweg KK. Caídas en las personas mayores. Am Fam Phys ( DE. Española) 1998; 5: 206-215.

De 1983 a 1995, la población de diabéticos en Estados Unidos aumentó de 11 a 16 millones.<sup>1\*\*</sup> En México se calcula que el 8% de la población es o será diabética, aproximadamente 7 millones de personas. Hay un aforismo en medicina que dice que por cada diabético conocido hay uno no diagnosticado, lo que habla de que el problema es aún mayor. Del total de diabéticos 10% son insulino-dependientes (tipo I) y 90% no insulino-dependientes (tipo II).<sup>4</sup>

Se han realizado estudios que nos muestran que la prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y así continuará; sin embargo, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo.

Los países africanos cuentan con prevalencias entre 0.9% y 1.6%, se espera un incremento de 3 a 8 millones de casos para el año 2025. En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México (7.7-12.3%) y en el mundo es la India.

En México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondió a enfermedades crónico degenerativas, en 1992 llegaron al 55%. Es en la década de los años 70 cuando este incremento se hace más notable.

La mortalidad está relacionada al índice marginalidad no sólo en la magnitud sino también en el tipo de patología. La mayor proporción de muertes por enfermedades crónico-degenerativas en 1998 se observó en el área

---

<sup>4</sup> Estadística de Población, edades y sexos. Población de 65 y más años. Instituto de Estadística. Departamento de Economía y Hacienda.

metropolitana de la ciudad de México (63.3%), seguida de la región Norte del país (60.3%), posteriormente la región Centro (47%) y la región Sur (43.7%).<sup>5</sup>

Entre las enfermedades crónico degenerativas la diabetes mellitus (DM) muestra el ascenso más importante en los últimos años; en 1922 se registraron 368 defunciones por esta causa, en 1992, se observaron más de 29,000 fallecimientos y ocupó el 4º lugar de mortalidad.<sup>11</sup> De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), alrededor de tres millones de personas (6.7%) entre 20 y 69 años padecen DM. La mayor parte de ellas mueren antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil años de vida saludable (AVISA) después los 45 años y por discapacidad se pierden 171 mil.

Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos de enfermedad. La mortalidad por diabetes mellitus es mayor en los estados del Norte que en los del Sur, los del Centro tienen un comportamiento intermedio y el D.F. se comporta como los Estados del Norte, es más frecuente en los grupos sociales con estilo de vida urbano.<sup>6</sup>

En el estado de Michoacán del año 1999 a 2003 se registraron los siguientes datos: en 1999, existían 14,361 pacientes con DM, en el año 2000 se encontraron 11,483 pacientes, en el 2001 disminuyeron a 9,550, en el 2002 se incrementó a 10,174 y en el año 2003 a 10,919.

---

<sup>5</sup> . Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1995.

<sup>6</sup> Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1995.

La salud de los mexicanos ha mejorado en las últimas cuatro generaciones, no obstante el progreso, las necesidades de salud de la población mexicana siguen siendo mayores que la capacidad de respuesta social. La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres registran datos a partir de 1998 con una tendencia ascendente en los últimos años.<sup>7</sup>

Existen otras enfermedades asociadas a la DM que no se identifican entre las primeras causas de muerte, sin embargo representan también un problema de salud pública (Hipertensión arterial sistémica, obesidad, dislipidemias y enfermedades isquémicas del corazón). Estos datos resultan alarmantes sobre todo si consideramos que la población que conforma la República Mexicana es menor de 30 años de edad en casi el 50% (INEGI, 2004).<sup>1</sup>

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general.

La diabetes es una enfermedad para la que existen medidas dietéticas y de estilo de vida, además de medicamentos, lo que aunado a una vigilancia adecuada, su aparición y desarrollo de complicaciones se pueden reducir en forma importante.

---

<sup>7</sup> Stock AE, Sui AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: A metaanalysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036.

<sup>1</sup> . Economía y Salud Fundación Mexicana para la Salud 1994

Los factores antes enunciados, unidos a la crisis económica, al alto costo hospitalario y a las expectativas de nuestra población de una atención de salud de alto nivel, hacen que los profesionales de Enfermería como parte del equipo de salud, asuman las responsabilidades de hacer propuestas de cambios sustanciales en los modelos de atención que hasta el momento se han ofrecido, o de apoyo a los ya establecidos.

La utilización óptima del potencial humano de Enfermería para participar en el desarrollo progresivo de los servicios de salud, con el fin de prolongar la vida y contribuir a alcanzar el pleno desarrollo individual y colectivo del hombre, es imprescindible para mejorar la atención del usuario en el sistema de salud, así como el impulso del ejercicio profesional en las cuatro áreas de responsabilidad de Enfermería: atención directa, administración, enseñanza e investigación.

A fin de obtener el título de Licenciada en Enfermería y con la convicción de ser un profesional digno de salud, útil y servicial presento el siguiente trabajo.

### III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud de los seres humanos esta amenazada por el ambiente en que vive y por los estilos de vida, por lo tanto la naturaleza y la severidad de los riesgos a los cuales están expuestos es muy variable entre ellos las estadísticas reportan que su incidencia puede ser entre el 5 y el 6 % de la población. A menudo una diabetes benigna no causa ningún síntoma externo durante años. El origen del nombre viene del griego y etimológicamente significa dulzura o miel (mellitus) que pasa a través (diabetes).

Alrededor de 1 de cada 10 diabéticos es insulino dependiente. De ahí el nombre de Diabetes Mellitus Insulino dependiente (DMID). El resto tiene una Diabetes Mellitus No Insulino dependiente (DMNID). La diabetes mellitus insulino dependiente es también llamada de tipo I, juvenil, o principio juvenil de diabetes. Pero nos referiremos a ella como DMID, el nombre que más claramente describe esta enfermedad. En la actualidad existe un gran numero de personas con DMNID,

De acuerdo a los datos recientes, la diabetes mellitus representa la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica en los Estados Unidos de Norteamérica (34.2%), seguida por la hipertensión arterial (29.4%), glomerulonefritis (14.2%), enfermedad renal poliquística (3.4%) y nefritis túbulo intersticial (3.4%), desarrollándose en más del 45% de los pacientes con diabetes mellitus . En Japón representó el 20.4% de los pacientes en terapia dialítica crónica en el año 1995, con tendencia a aumentar y extrapolando cifras será la causa más importante de insuficiencia renal crónica para inicios de siglo en Japón. <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Stenweg KK. Caídas en las personas mayores. Am Fam Phys ( DE. Española) 1998. pag: 206-215

De acuerdo a lo antes expuesto surge el siguiente planteamiento del problema

**¿CUAL ES LA INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DM EN EL CONTROL DE SU ENFERMEDAD?**

## **IV. MARCO TEORICO**

### **4.1. ESTILOS DE VIDA**

El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo. Existen múltiples estilos de vida saludables, reconociendo como tal en la práctica a aquel que, en su conjunto, ayuda a añadir años a la vida y vida a los años, y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades (O.M.S., 1998).<sup>3</sup>

No obstante, y a pesar de esta multiplicidad de estilos de vida saludables, sí existe un consenso avalado por la investigación científica y la riqueza cultural, mediante el cual podemos identificar una conducta como saludable (por ejemplo la práctica de actividad física moderada) o no saludable (por ejemplo el consumo de sustancias tóxicas). Bien es cierto que existen ciertas conductas menos radicales bajo la perspectiva de la salud, y cuya incidencia sobre ésta dependerá del punto de vista del observador o de circunstancias concretas.

Existen cuatro grandes tipos de factores que determinan el estilo de vida de una persona: las características individuales, genéticas o adquiridas, las características del entorno microsociales en que se desenvuelve el individuo (vivienda, familia, escuela, etc.), los factores macrosociales, que influyen directamente sobre los anteriores (el sistema social, la cultura predominante, los medios de comunicación, etc.) y el medio físico geográfico.

---

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. Health Promotion. An anthology. Washington DC:OPS; 1996. (Públicaón científica 557)

La actividad física habitual es una de las conductas que el propio individuo puede controlar dentro de su estilo de vida y que incide sobre las características individuales adquiridas; a pesar de que por otro lado existe una determinación genética tanto en el nivel de práctica de actividad física, como en el rendimiento cardiovascular.<sup>4</sup>

La participación en actividades físicas durante el tiempo libre está influenciada por factores como temperatura, humedad, calidad del aire ambiental, altitud y cambios climáticos. Estos factores influyen sobre la vinculación de la práctica de actividades físicas al aire libre con periodos estacionales, así como sobre la habilidad en la práctica y sobre la respuesta fisiológica los propios amigos, los miembros de la familia, las asociaciones deportivas, los clubes sociales, etc., van a influir sobre el estilo de vida individual.<sup>5</sup>

Estilo de vida saludable, es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora su calidad de vida.<sup>6</sup>

El estilo de vida, hábito de vida, forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la [salud](#). En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades.<sup>7</sup>

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos:

- Consumo de sustancias tóxicas: [tabaco](#), [alcohol](#) y otras [drogas](#).
- [Ejercicio físico](#).

---

<sup>4</sup> Smith / Thier, Fisiopatología. II 2º edición editorial panamericana

<sup>5</sup> Economía y Salud Fundación Mexicana para la Salud 1994

<sup>6</sup> . Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1995

- [Sueño nocturno](#).
- [Estrés](#).
- [Dieta](#) .
- [Higiene personal](#).
- Manipulación de los [alimentos](#).
- Actividades de [ocio](#) o [aficiones](#).
- Relaciones interpersonales.

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

El comportamiento influye de forma decisiva en el estado de salud de los individuos y de los pueblos. La salud puede mejorar de forma notoria si se evitan factores de riesgo

como son el consumo de alcohol, el uso de drogas, la falta de ejercicio, la dieta no balanceada, el estrés o el tabaco. Sedentarismo y malos hábitos alimentarios causan principalmente sobrepeso y obesidad, razones de ser de una serie de trastornos metabólicos y psicológicos que afectan la calidad de vida de las personas.

Un niño obeso será, probablemente un adulto obeso; de ahí la necesidad de que tanto los padres como los educadores entiendan que sobrepeso y obesidad son problemas de salud, que deben ser tratados desde un comienzo para evitar males mayores en la vida adulta.

---

<sup>7</sup> . Manton KG, VAUPEL JW. Survival after age 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. New Engl J Med 1995; 333: 1232-1235

La estrategia más adecuada para disminuir la prevalencia de la obesidad, y de esa forma la de las enfermedades cardiovasculares y diabetes, es promover en la población hábitos nutricionales y estilos de vida saludables desde etapas tempranas de la vida". Se agrega que los hábitos de consumo y los estilos de vida de un pueblo están fuertemente influidos por factores sociales, políticos y económicos, educacionales, culturales y familiares, entre otros, por lo que conseguir la meta de promover conductas saludables significa involucrar a todos los sectores que, de una u otra forma, regulan estas conductas.<sup>8</sup>

Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad; estos factores tienen como característica común que son aprendidos y por tanto modificables a lo largo de toda la vida.

Entre los elementos que se han detectado como "desfavorecedores" o sea que pueden estar dificultando estilos de vida sanos o potenciando prácticas de riesgo para la salud, destacaremos por su importancia y frecuencia entre los jóvenes: abuso de drogas, moda de fumar en los adolescentes, cultura de la violencia, agresividad, temprano comienzo y mal uso de las bebidas alcohólicas, incorrectos hábitos de relación sexual

Hoy en día las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, ocupan las primeras causas de morbilidad y mortalidad, lo que nos indica que la salud se percibe como algo que el individuo mismo moldea a lo largo de su vida mediante su conducta, su comportamiento, sus prácticas y la interacción con el medio ambiente por lo que el esfuerzo debe concretarse en fomentar estilos de vida y

---

<sup>8</sup> Stenweg KK. Caídas en las personas mayores. Am Fam Phys ( DE. Española) 1998; 5: 206-215

patrones de comportamiento compatibles con el bienestar integral del ser humano.<sup>9</sup>

La salud es un estado importante en nuestra vida e implica el bienestar físico, mental y social. La **Educación en Salud** es el proceso mediante el cual el individuo va desarrollando estilos de vida saludables y logra modificaciones o cambios en aquellas prácticas que pueden afectar de manera negativa su salud utilizando diferentes estrategias educativas. Por lo tanto, la Educación en Salud ayuda a la persona en el proceso de la toma de decisiones responsables respecto a su salud y las enfermedades que ponen en riesgo su vida. Además, es un proceso y una disciplina profesional al servicio de la humanidad con el propósito de promover la calidad de vida, el bienestar y la plenitud.<sup>10</sup>

Debido a la influencia de los estilos de vida que afectan la salud de una persona y de esta manera afecta al resto de la familia. Este hecho tan obvio es a menudo olvidado cuando tratamos a cada paciente individual.

Cada enfermo precisa una orientación terapéutica y recomendaciones de diverso tipo que sin duda afectan a aquellas personas que conviven con él, tanto más cuanto mayor sea su nivel de dependencia.

Por ello es aconsejable realizar alianzas dentro del entorno familiar que mantengan alto el nivel de confianza no sólo por parte del enfermo, sino por quien debe ser nuestro apoyo dentro del grupo familiar. La continuidad, coherencia, visión integral de los problemas, la comunicación y la confianza están significativamente ligados a resultados satisfactorios y de mejoría

---

<sup>9</sup> Stock AE, Sui AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: A metaanalysis of controled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036

<sup>10</sup> . Organización Panamericana de la Salud. Health Promotion. An anthology. Washington DC:OPS; 1996. ( Púbblicación científica 557)

subjetiva en ganancia de salud , por lo que pueden y deben ser aspectos a fomentar en el contexto al que nos estamos refiriendo.

## **4.2. DIABETES MELLITUS**

La DMID se distingue de la DMNID por el hecho de que la insulina es o no necesaria para el tratamiento. En la persona con DMID el páncreas produce muy poca o nada de insulina. En las personas con DMNID no existe propiamente una ausencia de insulina; es decir, tienen más probabilidad de tener una concentración de insulina normal o incluso aumentada. Su problema es que su cuerpo se resiste a la insulina.

La mayoría de personas con DMNID son obesas. El exceso de peso empeora el estado de su Diabetes, y la disminución de peso suele tener un efecto favorable. Cuando se produce una pérdida de peso, la necesidad de insulina e hipoglucemiantes orales es, con frecuencia, reducida o eliminada.

El tercer, y mucho menos frecuente tipo de Diabetes es la llamada Diabetes secundaria. Esta puede conducir bien a una DMID o a una DMNID, pero se distingue de ellas porque su causa es otra enfermedad. puede aparecer como consecuencia de enfermedades tales como: Acromegalia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, o extracción quirúrgica del páncreas.

### **4.2.1. DEFINICION DE DIABETES**

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, generalizada que se manifiesta en su expresión total con hiperglucemia, glucosuria, catabolismo proteico, cetosis y acidosis. Si la enfermedad se prolonga generalmente se complica con cambios degenerativos de los vasos sanguíneos, la retina, los riñones y sistema nervioso.

Se divide en dos categorías principales: diabetes tipo 1 se caracteriza por un estado proclive a la cetosis comienza antes de los 25 o 30 años y las personas no son obesas.

Diabetes tipo II se caracteriza por que hay resistencia a la cetosis y por lo general no es necesario el tratamiento con insulina, comienza después de los 40 años de edad y un 70% de las personas son obesas. <sup>11</sup>

La diabetes mellitus es un trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa ( un azúcar simple) son anormalmente altos, dado que el organismo no libera insulina o la utiliza inadecuadamente. Los valores normales tienden a aumentar ligeramente y de modo progresivo después de los 50 años de edad sobre todo en personas que llevan una vida sedentaria. <sup>12</sup>.

La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de diabetes mellitus debidos a una compleja interacción entre genética factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida, dependiendo de la causa de la diabetes, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden comprender una disminución de la secreción de insulina, una disminución del consumo de glucosa y un aumento de la producción de insulina. <sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Smith / Thier, Fisiopatología. II 2° Edición. Editorial Panamericana

<sup>12</sup> . Robert Berkaw, Mark h. Beers. el manual merck Editorial Oceano

<sup>13</sup> . Braunwal. Anthony s. Fauci Harrison Principios de medicina interna vol ii Editorial Mc Graw Hill año 2002

#### **4.2.2. ANATOMIA Y FISILOGIA DE PÁNCREAS**

El páncreas es una glándula endocrina y exocrina. Compuesta de los islotes de langerhans Cada islote de langerhans incluye cuatro tipos de células secretoras de hormonas: células alfa (A), secretan glucagón, células beta (B), secretan insulina, células delta (D), secretan somatostatina, célula (F), secretan el polipéptido pancreático.

Las interacciones de las cuatro hormonas pancreáticas son complejas. El glucagón aumenta la glucemia, mientras que la insulina tiene efecto opuesto. La acción de la somatostatina es paracrina, de inhibición de la secreción de insulina y glucagón de las células beta y alfa cercanas.

El polipéptido pancreático inhibe la secreción de somatostatina, las contracciones de la vesícula biliar y la secreción de enzimas digestivas pancreáticas.

La acción principal del glucagón es aumentar la glucemia cuando se reduce a un nivel subnormal. En contraste, la insulina ayuda a disminuir tal parámetro si su concentración es muy alta.

#### **4.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Los signos y síntomas que presentan las personas con Diabetes son la polidipsia, poliuria, polifagia, Vaginitis, infecciones de la piel, visión borrosa y frecuentes infecciones de vejiga. Ocasionalmente impotencia en el hombre y desaparición de la menstruación en la mujer.

#### **4.2.4. DIAGNÓSTICO**

- La principal prueba diagnóstica se realiza midiendo la elevación de la glicemia basal en más de una ocasión, por encima de 120 mg/dl, ya sea en sangre venosa o capilar.
- Control de glucosa en sangre capilar con equipos basados en tiras reactivas, o dispositivos electrónicos con marcadores digitales
- Determinación de glucosa y cetonas en orina.
- La hemoglobina glucosilada (hemog A) refleja el autocontrol metabólico en las 8 a 12 semanas previas, es una forma útil de valorar el control de la diabetes a largo plazo.

#### **4.2.5. TRATAMIENTO**

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus Insulino Dependiente (DMID) y para muchas con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID), el estilo de vida juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes. El manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta. Los pacientes con diabetes deben de estar preparadas para afrontar la enfermedad de tres maneras:

- Plan apropiado de control de dieta y peso.
- Actividad física.
- Medicación (si es necesaria).

#### **NUTRICIÓN**

Una dieta apropiada es esencial. De hecho para muchos pacientes con DMNID un buen programa de control de peso es suficiente por sí solo para tratar la enfermedad. Es necesario elaborar una dieta específica para cada individuo

orientada, básicamente, hacia la reducción de peso mediante un control individual y el establecimiento de unos patrones de comida.

Las bebidas alcohólicas tienden a agravar la diabetes. Así que debe de limitar el consumo de alcohol. La meta de todas las dietas es doble. Por una parte le ayudará a controlar la concentración de glucosa. Por otra y muy importante, le ayudará a controlar y reducir su peso. La obesidad aumenta la necesidad que el cuerpo tiene de insulina porque la comida extra contribuye a aumentar la cantidad de glucosa en el sistema. El resultado es que el control de la concentración de glucosa en sangre se vuelve más difícil y el riesgo de complicaciones más serias también se incrementa. Es conveniente incluir en la dieta alimentos ricos en fibra tales como el pan de trigo y centeno, frutas y vegetales.

## **DIETA DEL PACIENTE DIABÉTICO**

La dieta es un componente vital del programa para el control de la diabetes. El grupo de profesionales que sigue su diabetes, van a guiarlo en el desarrollo de un plan de alimentación personalizado, para ayudarlo a obtener niveles apropiados de glucemia, En la DMNID el adherirse a su plan alimentario lo ayudará a mantener un peso correcto, y hará un balance entre los alimentos y la insulina que su cuerpo es capaz de producir.

## **EJERCICIO**

El ejercicio es otra parte importante en el tratamiento de los diabéticos. El ejercicio regular ayuda a mantener el peso adecuado, pero más importante todavía es el beneficio sobre el aparato circulatorio. Los músculos utilizan más glucosa durante el ejercicio vigoroso, lo cual ayuda a que el nivel de glucosa disminuya. Si éste es muy intenso disminuirá el nivel de glucosa en sangre, y debe estar alerta ante la posibilidad de un nivel excesivamente bajo. Una buena práctica es beber leche y carbohidratos 30 minutos antes del

entrenamiento. Es conveniente tener siempre a mano un carbohidrato de acción rápida (por ejemplo una tableta de glucosa) ante la posibilidad de que aparezcan síntomas de hipoglucemia (nerviosismo, debilidad, hambre etc.).<sup>14</sup>

## **MEDICACIÓN**

En principio, la insulina es una droga utilizada por diabéticos menores de 40 años, mientras que los hipoglucémicos orales los utilizan personas que han desarrollado la diabetes después de esta edad, aunque hay excepciones a esta regla.

La decisión de usar insulina o hipoglucemiantes está basada en el grado de severidad de la diabetes. Para una persona obesa con DMNID, la dieta, acompañada por un régimen de ejercicios, será la solución.

## **HIPOGLUCEMIANTES ORALES**

Son medicamentos que estimulan el páncreas para incrementar la producción de insulina y se usan en una tercera parte de los pacientes con DMNID. Están indicados para los diabéticos incapaces de controlar la concentración de glucosa solo con dieta.

## **OBESIDAD**

Cuando existe exceso de peso, la meta principal debe ser bajarlo. Puede perder peso si ingiere menos calorías de las que gasta para el nivel normal de actividad y también si aumenta la cantidad de ejercicio que hace.

---

<sup>14</sup> . Economía y Salud Fundación Mexicana para la Salud 1994.

## **COMPLICACIONES**

La enfermedad renal es la complicación más severa en la diabetes mellitus, además, pie diabético, retinopatía diabética, sin embargo existen otras como la cetoacidosis diabética que suele aparecer como resultado de un importante déficit de insulina. La hipoglucemia se presenta cuando el paciente ingiere pocos alimentos o aumenta su actividad sin aumentar en concordancia la ingesta de alimentos.

### **4. 3 INTERELACION DE VARIABLES**

Existe una gran interrelación de las variables que componen el estudio, la diabetes, mellitus y estilo de vida, debido a que somos seres humanos y la diferencia del hombre con otros seres vivos está dada porque en su esencia, el hombre es un ser social y por lo tanto, en su vida, en su salud, las leyes sociales son, en última instancia, las determinantes. Los factores condicionados por leyes biológicas, generales y específicas o por leyes que influyen sobre la salud del hombre, se manifiestan directa o indirectamente, siempre a través de su vida social. Es de esta manera como comienza a influir el estilo de vida.

La influencia de los estilos de vida en el desarrollo de la DM es de mucha importancia puesto que estos estilos que muchas personas no les dan la importancia de ellos es que a través del tiempo se desarrolla la enfermedad por ejemplo el sedentarismo, la insuficiencia de ejercicios físicos hace que los músculos que trabajan de forma insuficiente disminuyan la funcionalidad de los órganos; fundamentalmente el corazón y los vasos. Así pues el sedentarismo favorece el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como la DM.

La actividad física mantenida, de mediana intensidad y diaria (caminatas, ciclismo, natación) La práctica regular de ejercicios físicos aerobios favorece la capacidad cardiorrespiratoria, el consumo de oxígeno, el gasto cardíaco.

Así como la actividad física influye en nuestro organismo, también sucede con los demás, la alimentación en exceso o de mala calidad es uno de los que favorece al desarrollo de DM, el estrés y el ritmo de vida que llevamos son influyentes.

Como observamos anteriormente existe una gran relación de los estilos de vida que llevamos los seres humanos y de la influencia de estos en nuestra salud. Los estilos de vida los adquirimos a lo largo de nuestra vida de acuerdo a la sociedad en la que nos desarrollamos, influye de manera importante la cultura, raza, nuestra comunidad. Pero es importante mencionar que a pesar de los diferentes factores que influyen para la adquisición de los estilos de vida que adquirimos, podemos cambiarlos, y adquirir los que no perjudiquen nuestra salud. Para poder tener una mejor calidad de vida y mejorar nuestra salud, prevenir enfermedades crónico degenerativas como lo es la Diabetes Mellitus.

Por lo tanto no debemos olvidar que vivimos es una sociedad en la cual nos vemos involucrados con todos los estilos de vida que afectan nuestra salud, de diferente manera, a todas las personas de todas las edades, por ello es urgente identificar como afectan a la sociedad, para de esta manera cambiarlos, y así hacer de nosotros y nuestra sociedad, mejores personas con una buena salud.

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Analizar la influencia que tiene el estilo de vida de los pacientes con D.M. que acuden al centro de salud de Queréndaro Michoacán, para el control de su enfermedad

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar cuales son los hábitos de alimentación que llevan los pacientes con diabetes mellitus .
- Determinar la influencia que tiene el ejercicio en el control de la enfermedad en los pacientes con diabetes mellitus .
- Determinar si el género es un factor importante para la adopción de estilo de vida para el control de la enfermedad.
- Determinar si el paciente con D.M. sigue su tratamiento farmacológico indicado por su médico

## VI. METODOLOGÍA

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

En el estudio se abordan las variables cualitativas o estilos de vida, los cuales serán medidos en escalas cuantitativas, es una combinación tanto del estudio cuantitativo y cualitativo, por lo tanto el estudio según su enfoque será **mixto**. Por su enlace es de tipo **descriptivo**, ya que se describen las variables (estilos de vida) alimentación, ejercicio, sueño, estrés, tratando de explicar la manera en que influyen en el control de la DM, tratando de establecer con este estudio la relación entre las variables. En cuanto a su aplicabilidad el estudio se considera de tipo **aplicado**, por ser un estudio que se desarrolla dentro de área social y de salud, es conveniente que el profesional de enfermería investigue y busque mejores alternativas para dar una mejor atención al paciente y así este logre su bienestar en el medio en el cual se desempeña.

### 6.2. DISEÑO METODOLÓGICO

En la investigación no existirá una manipulación de variables, ni la intervención de enfermería, por lo tanto se considera **NO EXPERIMENTAL**, ya que solo se pretende describir de que manera influye el estilo de vida en el control de la DM, el paciente será la principal y única fuente de información necesaria se clasifica como **PROLECTIVO**, y por la medición de variables que será en una sola ocasión se clasifica como **TRANSVERSAL**.

### 6.3 LIMITES DE TIEMPO Y ESPACIO

La recolección de la información será a partir del día 28 de junio del presente año, en el centro de salud de Queréndaro.

## **6.4 UNIVERSO**

Se encuentra constituido por 47 pacientes con diagnóstico de DMNI de Queréndaro Michoacán.

## **6.5 MUESTRA**

Es de tipo no probabilístico, por conveniencia, ya que serán tomados todos los paciente que cubran con los criterios de estudio.

## **6.6 CRITERIOS DE ESTUDIO**

### **6.6.1 Criterios de inclusión**

- Todos los pacientes que padecen diabetes que se encuentran en control en el centro de salud de Queréndaro,
- que sepan leer y escribir y que acudan el día de su cita.

### **6.6.2 criterios de no inclusión**

- Los pacientes que no acudan a la unidad el día que se aplica el cuestionario.

### **6.6.3 criterios de eliminación**

- Todos los pacientes que padecen diabetes que se encuentran en control en el centro de salud de Queréndaro, que no quieran participar en el estudio
- Los cuestionarios que estén incompletos.

## 6.7. VARIABLES

### 6.7.1 VARIABLES DESCRIPTIVAS

- Edad Alimentación ocio
- Sexo Sueño
- Ejercicio Estrés

### 6.7.2 VARIABLES DE ESTUDIO

#### VARIABLE DEPENDIENTE

- Diabetes mellitus

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

- Estilos de vida

Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	indicadores
<b>Estilos de vida:</b> el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo.	Son las acciones que realiza una persona, en su vida diaria.	Factores microsociales, ejercicio, alimentación, estrés, sueño.	Edad, sexo Sueño Ejercicio, estrés, ocio.
DIABETES MELLITUS; La Diabetes mellitus es un enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de langerhans del páncreas, caracterizada por un aumento de glucosa en sangre.	Es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de glucosa en el organismo	DMNI DMID	DMNI

### 6.7.3 Conceptualización y operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Concepto	Escala de medición	estadística
Edad	Numérica	Años que ha vivido un individuo	<b>Años cumplidos sin importar meses a los que se refiera</b>	<b>Media</b>
Sexo	Categórica	genero comportamiento que identifica un individuo, femenino o masculino	<b>1. masculino 2 femenino</b>	<b>Porcentaje</b>
Ejercicio	Nominal	<b>Acción y efecto de ejercitar el cuerpo, actividad física</b>	<b>1. todos los días 2. algunas veces 3. casi nunca</b>	<b>Frecuencia Porcentaje</b>
Alimentación	Categórica	La bebida y alimento que come el ser humano.	<b>Frecuentemente Una vez a la semana Todos los días</b>	<b>Buena Regular</b>
Sueño	Categórica	<b>Es el acto de dormir del ser humano.</b>	<b>- 8 horas - más de 8 horas - menos de 8 horas.</b>	<b>Porcentaje</b>
estrés	Nominal categórica	Situación de aguda tensión emocional que generalmente provoca un colapso o un trastorno orgánico.	<b>Casi nunca Todos los días Casi siempre</b>	<b>Porcentaje</b>
Ocio	Nominal categórica	<b>Tiempo libre de una persona, tiempo de descanso.</b>	Ver televisión Trabajos en casa Salir de casa	Porcentaje

## **6.8 INSTRUMENTOS**

Para la recolección de la información se utilizara el cuestionario elaborado por el Doctor Juan Manuel López Carmona Maestro en investigación clínica

## **6.9 PROCEDIMIENTO**

una vez aprobado el protocolo, se procede a la elaboración del instrumento validando este con la aplicación de una prueba piloto, posteriormente se llevara a cabo la recolección de datos a través del instrumento elaborado con el previo consentimiento e información suficiente de las personas a quien se aplicara, proporcionando en ambiente seguro, rescatando los principales aspectos éticos, generando un clima de empatía armonioso y tranquilo, posterior a esto se realizara el análisis estadístico, concluyendo la presentación ante un jurado para obtener el grado de licenciada en enfermería.

## **6.10 Análisis estadístico**

Se realizará a través del paquete estadístico SPSS versión 10 ponderando, utilizando estadística descriptiva

## **6.11. RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS**

### **6.11.1. RECURSOS HUMANOS**

1 INVESTIGADORA (M. S. H.)

### **6.11.2. RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS**

Instalaciones del centro de salud de Queréndaro Michoacán.

Escuela de Licenciatura en Enfermería

### 6.11.3. RECURSOS FINANCIEROS

<b>PRODUCTO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
Hojas blancas	100	\$ 15.00	500	\$ 75.00
Lápiz	1	\$ 1.50	35	\$ 52.50
Hrs computadora	1 hr	\$ 5.00	20	\$100
Cartucho de tinta	1	\$ 150.00	1	\$ 150
Copias	1	\$ .30	300	\$ 90
Transporte	1	\$ 40.00	20	\$800
Engargolado	1	\$ 20.00	2	\$ 40
Fichas de trabajo	100	\$ 12.00	50	\$ 6
Disketes	1	\$ 6.00	5	\$ 30.00
Total				\$ 1343.50

## VII. ETICA DE ESTUDIO

La asociación médica mundial ha promulgado la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La ley general de salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Como no lo menciona la ley general de salud en su artículo 2 El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana; La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; así como el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; I. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La responsabilidad por el ser humano siempre recae sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque esté haya otorgado su consentimiento.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica. Cuando el menor de edad puede en su defecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su autor legal.

El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivados del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

Si una persona considerada incompetente por la ley como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su consentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

## VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boulton C, Boulton C, Murphy et al. A controlled trial of outpatients geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 465-470.
2. Organización Panamericana de la Salud. Health Promotion. An anthology. Washington DC:OPS; 1996. ( P ublicación científica 557) .
3. Stenweg KK. Caídas en las personas mayores. *Am Fam Phys* ( DE. Española) 1998; 5: 206-215.
4. Estadística de Población, edades y sexos. Población de 65 y más años. Instituto de Estadística. Departamento de Economía y Hacienda.
5. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas de edad. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD, 1995.
6. Economía y Salud Fundación Mexicana para la Salud 1994.
7. Stock AE, Sui AL, Wieland GD et al. Comprehensive geriatric assessment: A metaanalysis of controled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
8. Manton KG, VAUPEL JW. Survival after age 80 in the United States, Sweden, France, England and Japan. *New Engl J Med* 1995; 333: 1232-1235.
9. smith / thier, fisiopatología. II 2º edición editorial panamericana
10. robert berkaw, mark h. Beers. el manual merck editorial oceano
11. braunwal. anthony s. fauci harrison principios de medicina interna vol ii editorial mc graw hill año 2002.
12. ANTHONY G. A. Anatomía y fisiología EDIT Mc Graw Hill Interamericana pp 491, 492
13. BENNETT Claude Fred Plum tratado de medicina interna edit interamericana Mc Graw Hill 2 edición vol 2 pp 1449, 1452, 1453
14. Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos de Promoción de la Salud. Educación para el comportamiento humano. Bogotá: Ministerio de salud; 1995.
15. ELAINE B. Feldman. Principios de nutrición clínica. Editorial manual moderno, pp. 468, 469 año 2000.
16. Franco S. La promoción de la salud y la seguridad social. ISS. Bogotá: Corporación, Salud y Desarrollo. 1995.
17. Greene Y, Simons M. Educación para la salud. Bogotá: Interamericana; 1988.

18. Harris M, Modam M. Sree ins for NIDDM Why is the no National Program. Diabetes Care 1994; 17: 440-444.
19. [http:// geosalud.com/ diabetes mellitus](http://geosalud.com/diabetes_mellitus). Amari p. Khanna. R leiber
20. ISSELBACHER, BRAUNWAL Principios de medicina interna, editorial interamericana, Mc Grawill 13 edición vol II pp 2282 ,2283 año 1998.
21. King H, Hubert R, Herman W. Global burden of diabetes 1995-2025. Diabetes Care 1998: 21-9.
22. LAWRENCE M. TIERNEY . STEPHEN J. MC PHEE. Diagnostico clínico y tratamiento 2005. Editorial manual moderno 40° edición pp 1138, 1139,
23. PATRICIA A. POTTER, ANNE GRINFFIN PERRY. Fundamentos de enemería 5° edción editorial oceano. Pp 14.
24. POTTER Perry fundamentos de enfermería vol II pp 1035
25. TORTORA GRABOWSKI principios de anatomia y fisiologia editorial oxford pp 597, 598 600, 2000
26. Us Dept Of Health And Human Services. Healthy people - 2000. National HealthPromotion and Disease Prevention objectives 1990.
27. VIRGINIA ARLIGTON JEAN D. NEESON editorial oceano pp 295, 296
28. Zimmet P. Choflenges in diabetes epidemiology from West to the Rest. Diabetes Care 1992; 15: 232-252.
- 29.- <http://www.scielosp.org./scielo.php>

# **IX**

# **PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

## 9.1 CRUCE DE VARIABLES

En la correlación de pacientes diabéticos con tratamiento farmacológico y tiempo con la enfermedad, se encontró una correlación de Pearson de 0.918 con una probabilidad = 0.000 lo cual nos indican que el tratamiento farmacológico y el tiempo de enfermedad tienen una correlación directa en el control de la diabetes.

En el cruce de variables, sexo con si el paciente fuma, se encontró una correlación de Pearson de 0.750 con una probabilidad = 0.000 que nos dice que hay una relación directa entre fumar y ser hombre.

Al cruzar las variables grado escolar con edad se encontró una correlación de Pearson de - 0.799 con una probabilidad = 0.000 que me indica que a mayor edad mayor analfabetismo.

En el cruce de variables control de la diabetes con la dieta del paciente, se encontró una correlación de Pearson de 0.589 con una probabilidad = 0.000, que nos indica que hay una relación directa entre el control de los diabéticos y la utilización de su dieta.

En el cruce de variables ejercicio del paciente con la dieta, se observó una correlación de Pearson de 0.582 con una probabilidad = 0.000, que nos indica que los pacientes que llevan una dieta no realizan ningún ejercicio.

## 9.2 INTERPRETACION DE RESULTADOS

**De los resultados obtenidos se encontró que :**

1. De cada 5 pacientes 4 son mujeres
2. El grupo de edad más importante en el estudio fue el de 45 a 54 años, ya que de cada 2 pacientes 1 pertenece a este grupo.
3. De cada 5 pacientes 3 cuentan con primaria, 1 es analfabeta, y 1 tiene secundaria.
4. De cada 4 pacientes 3 son casados y 1 viudo.
5. De cada 2 pacientes 1 pertenece al nivel medio y otro al nivel bajo.
6. De cada 4 pacientes 2 son amas de casa, 1 comerciante y 1 campesino.
7. De cada 2 pacientes 1 tiene entre 1 y 2 años con la enfermedad.
8. De cada 2 pacientes 1 tiene entre 1 y 2 años con el tratamiento.
9. Ninguno de los pacientes ha tenido necesidad de hospitalización
10. De cada 3 pacientes 1 tiene entre 68 y 78 Kg. de peso, y 1 tiene entre 98 y 127 Kg.
11. De cada 4 pacientes 2 se encuentran entre la talla de 1.48 y 1.59m
12. En cuanto al índice de masa corporal de cada 2 pacientes 1 se encuentra en obesidad moderada, de cada 4 pacientes 1 se encuentra en sobrepeso.
13. De cada 2 pacientes 1 consume verduras algunos días de la semana.
14. De cada 5 pacientes 4 consumen frutas casi toda la semana.
15. De cada 2 pacientes 1 consume 2 panes al días.
16. De cada 2 pacientes 1 consume entre 4 y 6 tortillas al día.
17. De cada 2 pacientes 1 casi nunca agrega azúcar a sus alimentos.
18. De cada 2 pacientes 1 come comida entre comidas.
19. De cada 2 pacientes 1 come alimentos fuera de su casa algunos días de la semana.

20. De cada 4 pacientes 3 pide mas comida de la servida inicialmente.
21. De cada 5 pacientes 3 casi nunca realiza ejercicio físico.
22. De cada 5 pacientes 3 se dedica a ver televisión.
23. De cada 5 pacientes 4 casi nunca fuman.
24. De cada 5 pacientes 1 fuma entre 2 y 4 cigarrillos.
25. De cada 4 pacientes 3 duermen 8 horas al día.
26. De cada 5 pacientes 4 han asistido a 2 o 3 pláticas.
27. De cada 2 pacientes 1 busca información sobre su enfermedad.
28. De cada 2 pacientes 1 se enoja con facilidad durante la semana.
29. De cada 5 pacientes 4 cursan con depresión.
30. De cada 5 pacientes 3 intenta controlar su enfermedad.
31. De cada 4 pacientes 3 siguen su dieta la mayor parte de la semana.
32. De cada 2 pacientes 1 olvida tomar su medicamento algunos días de la semana.

## **X CONCLUSIONES**

Con la realización de la investigación encontré que existe un alto porcentaje de mujeres que padecen la enfermedad principalmente porque son analfabetas, y están dedicadas al hogar, en cuanto a la edad, el grupo de edad más afectado es de 45 a 54 años.

Dentro de los resultados Observé que un elevado porcentaje de pacientes se encuentran con peso elevado así como alto índice de masa corporal y por consiguiente con obesidad, debido a que la mayoría de las pacientes son mujeres analfabetas, que se encuentran en el hogar y que carecen de conocimientos sobre la alimentación adecuada que debe tener la familia y en especial la dieta que deben llevar los enfermos de diabetes para controlar su padecimiento.

En cuanto a la realización de alguna actividad física se encontró que los pacientes no la realizan debido a que no tienen un profesor o guía que los motive para completar el esquema del programa del centro de salud a fin de que se logren las metas proyectadas en este programa.

## **XI SUGERENCIAS.**

Debido a los resultados obtenidos es necesario e indispensable realizar las siguientes actividades del personal de enfermería para mejorar la educación de la salud de los pacientes diabéticos e hipertensos del centro de salud de Queréndaro, Michoacán.

1.-Organización de platicas sobre nutrición en las que se explique como alimentarse de forma adecuada, tomando en cuenta los recursos naturales que produce o tiene la población, así como la preparación de ellos de manera que sea factible que los pacientes la lleven a la práctica.

2.-Elaboración de tarjeteros donde se les recuerde que deben tomar el medicamento.

3.-Motivar a los pacientes para que asistan a las pláticas que se realizan en el centro de salud con la finalidad de que tengan más información sobre su enfermedad y sus complicaciones para evitarlas.

4.- Presentar a los pacientes con diabetes diapositivas o imágenes sobre las complicaciones de retinopatía diabética y ceguera, neuropatía diabética, la diálisis peritoneal y hemodiálisis en los pacientes diabéticos así como el pie diabético y las amputaciones, para que se concienticen sobre el porque deben cuidarse llevando el programa de dieta, ejercicio y medicamento que propone el centro de salud así como la conformación del grupo de autoayuda..

5.-Conformación de grupos de pacientes para realizar ejercicio físico, bajo la vigilancia de un profesional que les indique las rutinas que deben seguir de acuerdo a su edad y a su estado de salud, iniciando con:

a) De calentamiento;

De pie y con una separación entre ambas piernas que le permita mantener el equilibrio. Realizar de 4 a 10 veces cada uno de los siguientes movimientos de acuerdo a su condición física.

#### Movimientos de cabeza

- recuéstela sobre los hombros alternando derecha e izquierda.
- Gírela a la derecha y a la izquierda
- Muévela al frente y atrás

#### Movimiento de hombros

- súbalos y bájelos
- muévalos hacia delante y hacia atrás alternando.

#### Movimiento de brazos

- muévalos como si fuera corriendo
- elévelos al frente hasta la altura de la cara y regréselos a la posición original.
- Elévelos lateralmente hasta la altura de los hombros y regréselos a la posición original.
- Elévelos al frente y hasta arriba de la cabeza y bájelos en forma lateral

#### Flexiones de tronco y cintura

- con las manos en la cintura flexiones el tronco hacia la derecha y vuélvala a la posición original y haga lo mismo a la izquierda.
- Con las manos en la cintura flexiones el tronco al frente, luego llévelo hacia a tras volviendo a la posición central.
- Con los brazos extendidos a los lados flexione el tronco hacia delante y vuélvalo a la posición central, haga los mismo hacia la izquierda.
- Con los brazos extendidos hacia arriba flexione el tronco al frente y luego llévelo hacia atrás volviendo a la posición central.

#### Movimiento de piernas

- eleve las rodillas al frente alternándolas
- balancee sus piernas adelante y atrás alternándolas

- eleve sus piernas lateralmente alejándolas y acercándolas, no importa que se cruce con su pie de apoyo alternando cada una
- eleve sus piernas hacia atrás alternándolas.
- Camine normalmente durante 1 minuto
- Camine apoyándose sobre la punta de los pies.
- Camine apoyándose sobre los talones
- Camine alternando el apoyo sobre la punta y los talones

Validado por diversos especialistas de Instituciones de salud.

**SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

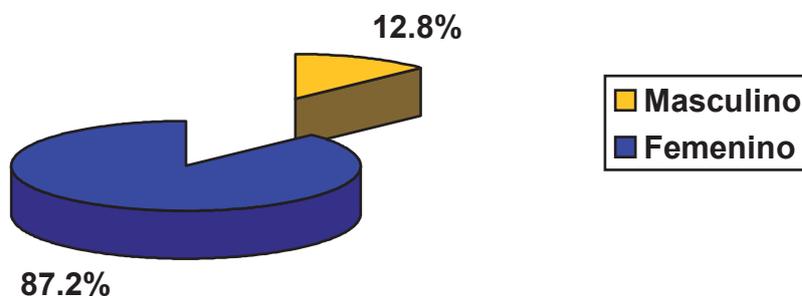
Cuadro No. 1

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
FEMENINO	41	87.2
MASCULINO	6	12.8
TOTAL	47	100

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRÁFICO 1**

**SEXO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 1

Interpretación: De acuerdo al sexo de los pacientes encuestados se observó que el 87.2% pertenecen al sexo femenino y el 12.2% al sexo Masculino.

**EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

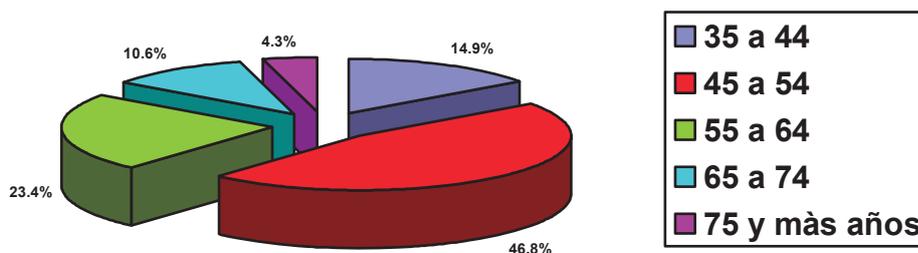
Cuadro No. 2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
35 A 44 AÑOS	14.9	14.9
45 A 54 AÑOS	46.8	46.8
55 A 64 AÑOS	23.4	23.4
65 A 74 AÑOS	10.6	10.6
75 Y MAS AÑOS	4.3	4.3
TOTAL	100	100

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 2**

**EDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 2

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a la edad el 46.8% de los pacientes con diabetes tipo II se encuentran entre 45 y 54 años, el 23.4% entre 55 y 64 años.

**GRADO ESCOLAR DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

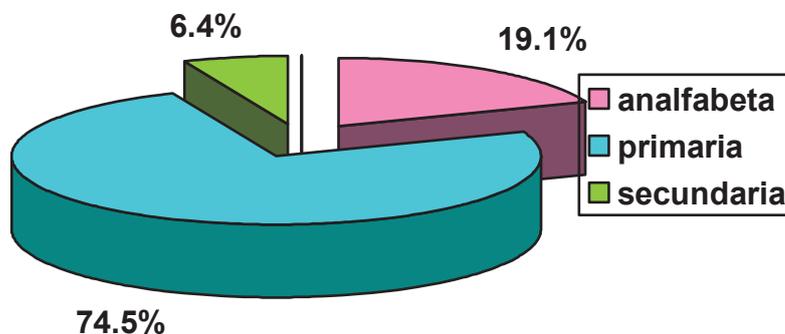
Cuadro No. 3

<b>GRADO ESCOLAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ANALFABETA	9	19.1
PRIMARIA	35	74.5
SECUNDARIA	3	6.4
TOTAL	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 3**

**GRADO ESCOLAR DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 3

INTERPRETACIÓN: De acuerdo al Grado escolar el 74.5% de los pacientes con diabetes tipo II cuentan con estudios de primaria, el 19.1% son analfabetas y el 6.4% tienen estudios de secundaria.

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS  
DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN.  
AGOSTO DEL 2005**

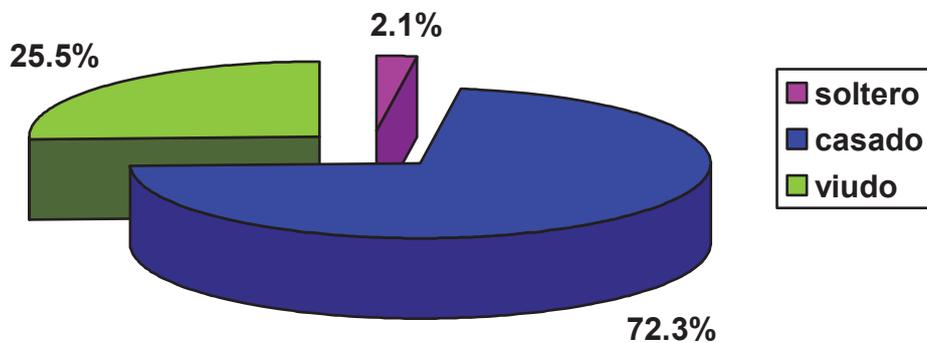
Cuadro No. 4

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	1	2.1
CASADO	34	72.3
VIUDO	12	25.5
TOTAL	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 4**

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS  
DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN.  
AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 4

INTERPRETACIÓN: De acuerdo al estado civil, el 72.3% corresponde a pacientes con diabetes tipo II casados, el 25.5% a viudos y el 2.1% a solteros.

**NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

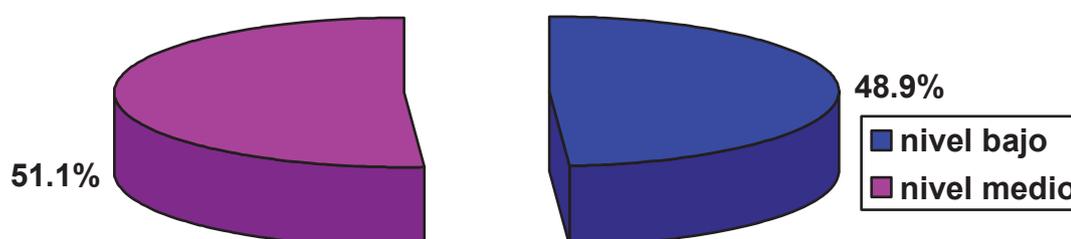
Cuadro No. 5

<b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NIVEL BAJO	23	48.9
NIVEL MEDIO	24	51.1
TOTAL	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 5**

**NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 5

INTERPRETACIÓN: De acuerdo al nivel socioeconómico se encontró que el 48.9% de los pacientes con diabetes tipo II pertenecen al nivel bajo y el 51.1% al nivel medio.

**OCUPACION DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

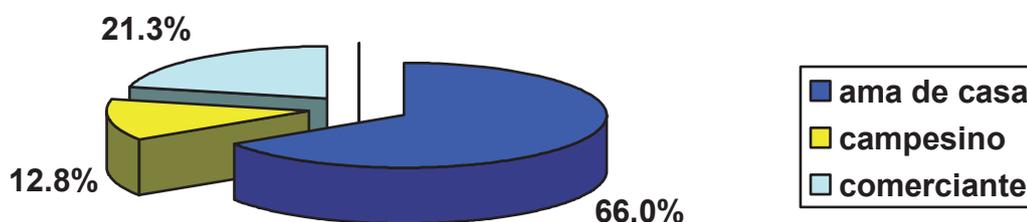
Cuadro No. 6

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AMA DE CASA	31	66.0
CAMPESINO	6	12.8
COMERCIANTE	10	21.3
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 6**

**OCUPACION DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 6

INTERPRETACIÓN: el 66% de los pacientes con diabetes tipo II es ama de casa, el 21.3% es comerciante, y el 21.8% es campesino.

**TIEMPO CON LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

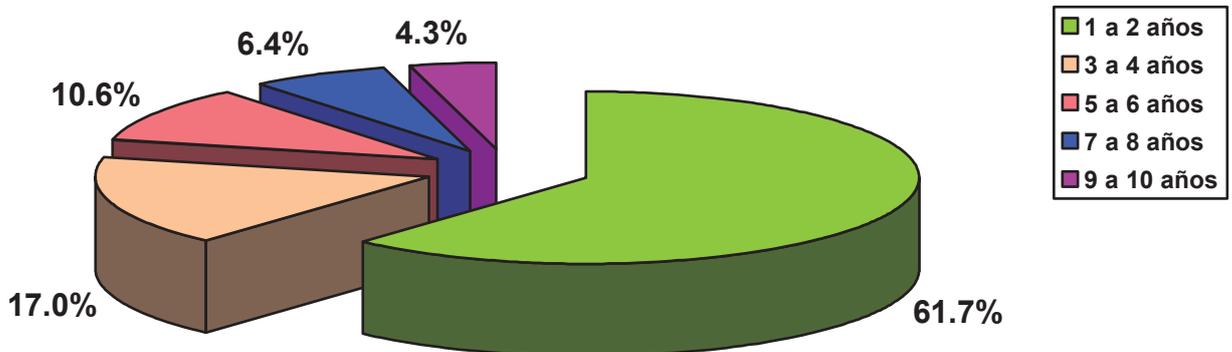
Cuadro No. 7

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 A 2 AÑOS	29	61.7
3 A 4 AÑOS	8	17.0
5 A 6 AÑOS	5	10.6
7 A 8 AÑOS	3	6.4
9 A 10 AÑOS	2	4.3
TOTAÑ	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 7**

**TIEMPO CON LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 7

INTERPRETACIÓN: El 61.7% de los pacientes con diabetes tipo II tienen de 1 a 2 años con la enfermedad, el 17% entre 3 y 4 años, un 10.6% entre 5 y 6 años, el 6.4% entre 7 y 8 años, el 2.1% entre 9 y 10 años.

**TIEMPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

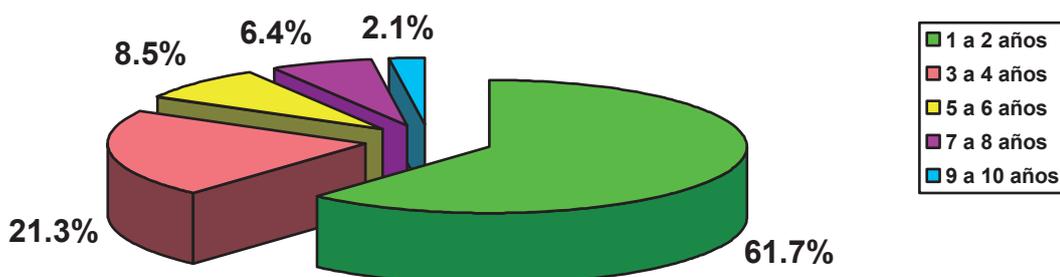
Cuadro No 8

TIEMPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 A 2 AÑOS	29	61.7
3 A 4 AÑOS	10	21.3
5 A 6 AÑOS	4	8.5
7 A 8 AÑOS	3	6.4
9 A 10 AÑOS	1	2.1
TOTAL	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 8**

**TIEMPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No 8

INTERPRETACIÓN: El 61.7% de los pacientes con diabetes tipo II llevan de 1 a 2 años con el tratamiento farmacológico, el 21.3% entre 3 y 4 años, el 8.5% entre 5 y 6 años, el 6.4% entre 7 y 8 años, el 2.1% entre 9 y 10 años.

**PACIENTES QUE HAN ESTADO HOSPITALIZADOS POR COMPLICACIÓN DE DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

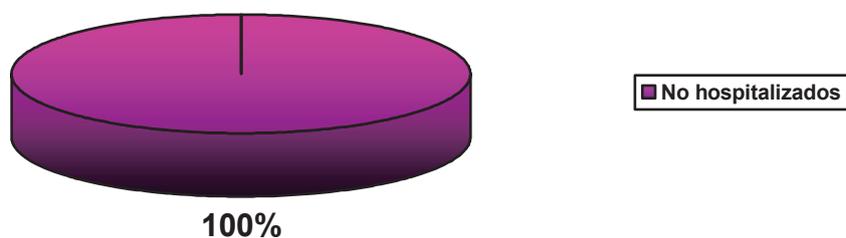
Cuadro No. 9

HOSPITALIZADOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 9**

**TIEMPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE CUADRO No. 9

INTERPRETACIÓN: el 100 de los pacientes con diabetes tipo II no han estado hospitalizados por complicaciones de la enfermedad.

**PESODE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

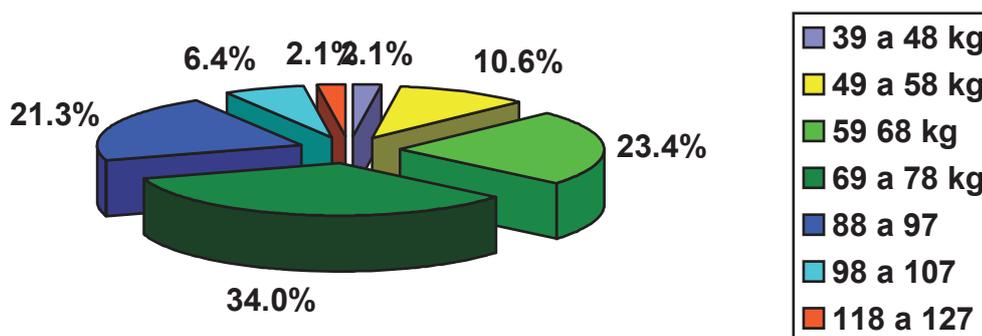
Cuadro No. 10

<b>PESO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
39 a 48 kg	1	2.1
49 a 58 kg	5	10.6
59 a 68 kg	11	23.4
69 a 78 kg	16	34.0
88 a 97 kg	10	21.3
98 a 107 kg	3	6.4
118 a 127 kg	1	2.1
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No 10**

**PESODE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 10

INTERPRETACIÓN: El 34% de los pacientes con diabetes tipo II tienen un peso entre 69 y 78 kg, el 23.4% entre 59 y 68 kg, el 21.3% entre 88 y 97 kg, el 10.6% entre 49 y 58 kg, el 6.4% entre 98 y 107 kg, el 2.1% entre 39 y 48 kg y el 2.1% entre 118 y 127 kg.

**TALLA LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

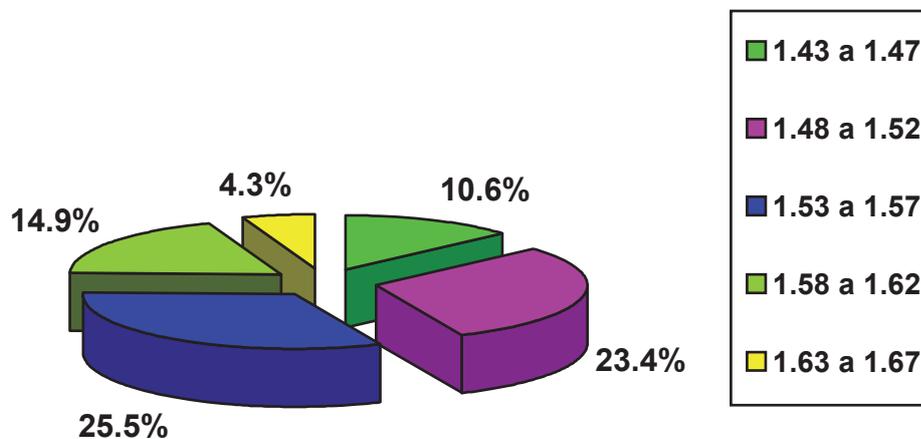
Cuadro No. 11

TALLA	FREDCUENCIA	PORCENTAJE
1.43 a 1.47 mts	5	10.6
1.48 A 1.52mts	11	23.4
1.53 a 1.57 mts	12	25.5
1.58 a 1.62 mts	7	14.9
1.63 a 1.67 mts	2	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

**GRAFICO No. 11**

**TALLA LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No 11

INTERPRETACIÓN: El 25.5% de los pacientes con diabetes tipo II miden entre 1.53 y 1.57 mts, el 23.4% entre 1.48 y 1.52 mts, el 14.9% entre 1.58 y 1.62 mts, el 10.6% entre 1.43 y 1.47 mts y el 4.3% entre 1.63 y 1.67 mts

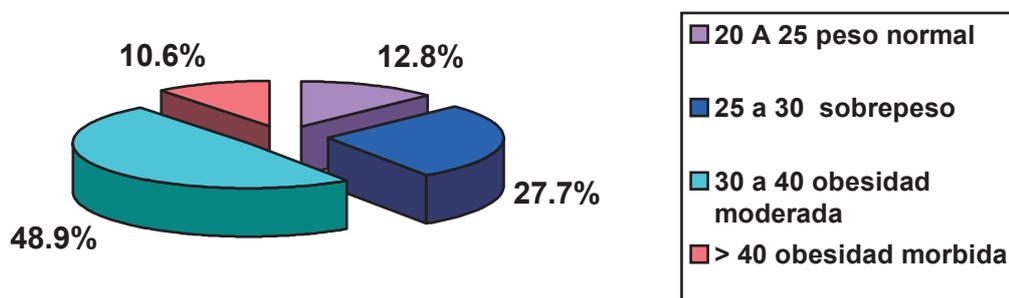
**INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

Cuadro No 12

<b>IMC</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20 a 25 Peso Normal	6	12.8
25 a 30 Sobre peso	13	27.7
30 a 40 Obesidad Moderada	23	48.9
< de 40 Obesidad Mórbida	5	10.6
Total	47	100.0

**GRAFICO No. 12**

**INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 12

INTERPRETACIÓN: El 48.9% de los pacientes con diabetes tipo II tienen un índice de masa corporal entre 30 y 40 que los clasifica en obesidad moderada, el 27.7% con un índice entre 25 y 30 considerada como sobrepeso, el 12.8% con índice de 20 a 25 que se encuentran normales y el 10.6% con obesidad mórbida con un índice mayor de 40

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN VERDURAS  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

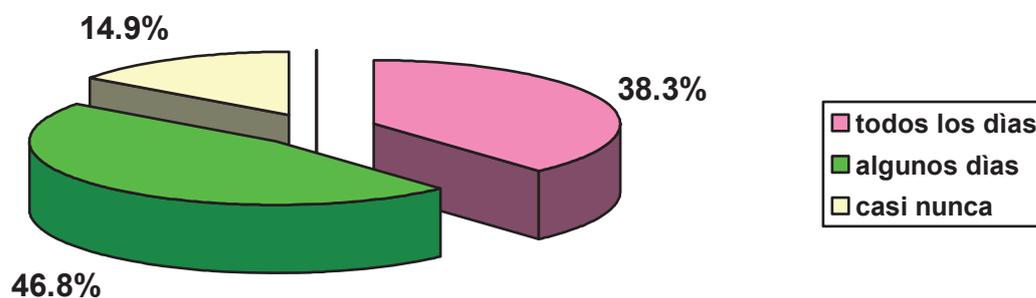
Cuadro No. 13

<b>COME VERDURAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	18	38.3
Algunos días	22	46.8
Casi nunca	7	14.9
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 13**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN VERDURAS  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 13

INTERPRETACIÓN: El 46.8% de los pacientes con diabetes tipo II comen verduras algunos días de la semana, el 38.3% come verduras todos los días y 14.9% casi nunca come verduras .

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN FRUTAS ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

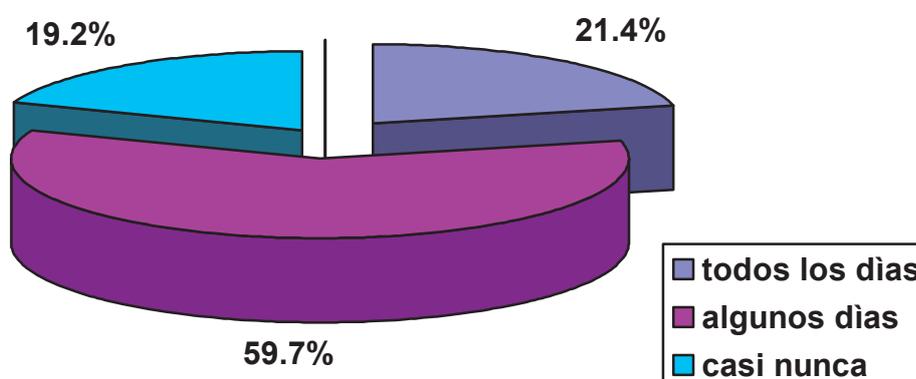
Cuadro No. 14

<b>COME FRUTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	10	21.3
Algunos días	28	59.6
Casi nunca	9	19.1
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 14**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN FRUTAS ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 14

INTERPRETACIÓN: El 59.7% de los pacientes con diabetes tipo II come frutas algunos días de la semana, el 21.4% come fruta todos los días de la semana y el 19.2% casi nunca come frutas.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN PAN, ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

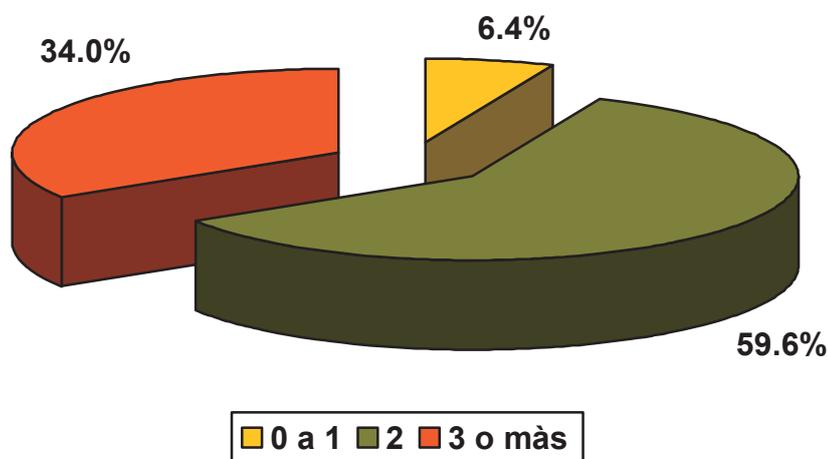
Cuadro No. 15

COME PAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
de 0 a 1	3	6.4
2	28	59.6
3 o más	16	34.0
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 15**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN PAN, ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 15

INTERPRETACIÓN: El 59.6% de los pacientes con diabetes tipo II comen 2 panes al día, el 34% come 3 o más panes y el 6.4% comen menos de 1 pan al día

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN TORTILLA  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

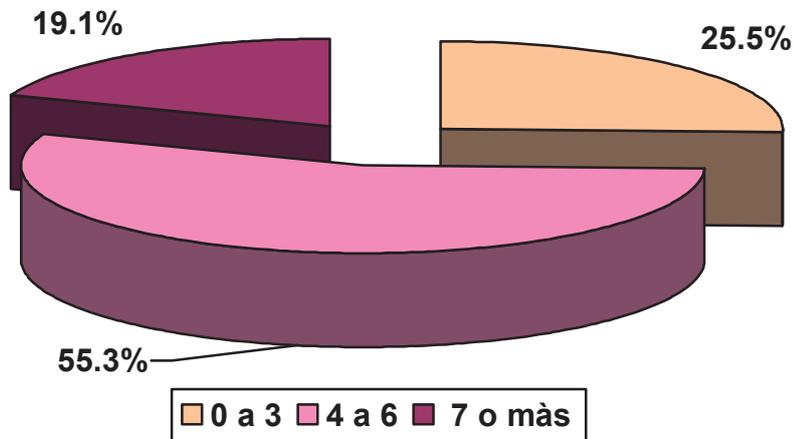
Cuadro No. 16

COME TORTILLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 3 tortillas	12	25.5
4 a 6 tortillas	26	55.3
7 o más tortillas	9	19.1
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 16**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN TORTILLA  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE CUADRO No. 16

INTERPRETACIÓN: El 55.3% de los pacientes con diabetes tipo II comen de 4 a 6 tortillas al día, el 25.5% comen entre 1 y 3 tortillas y el 19.1% comen 7 o más tortillas.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE AGREGAN AZUCAR A SUS ALIMENTOS ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

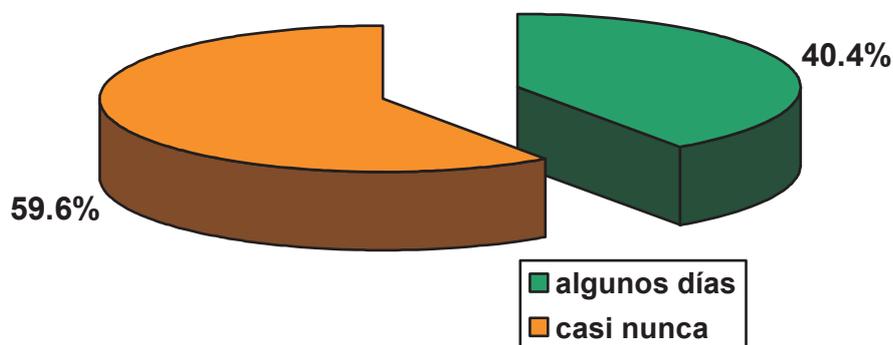
Cuadro No. 17

<b>TOMA AZUCAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Algunos días	19	40.4
Casi nunca	28	59.6
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 17**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE AGREGAN AZUCAR A SUS ALIMENTOS ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 17

INTERPRETACIÓN: El 59.6% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca agregan azúcar a sus alimentos, el 40.4% agregan azúcar a sus alimentos algunos días.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN ENTRE COMIDAS  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

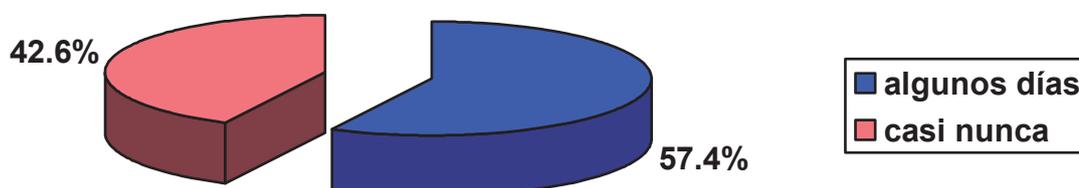
Cuadro No. 18

<b>COME ENTRE COMIDAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Algunos días	27	57.4
Casi nunca	20	42.6
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No, 18**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN ENTRE COMIDAS  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 18

INTERPRETACIÓN: El 57.4% de los pacientes con diabetes tipo II come entre comidas algunos días y el 42.6% casi nunca come entre comidas.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN ALIMENTOS FUERA DE CASA ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

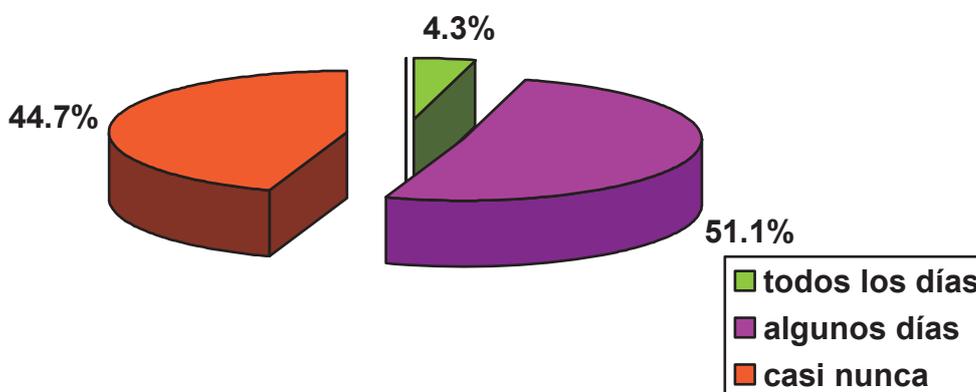
Cuadro No. 19

<b>COMEN ALIMENTOS FUERA DE CASA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	2	4.3
Algunos días	24	51.1
Casi nunca	21	44.7
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 19**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE COMEN ALIMENTOS FUERA DE CASA ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 19

INTERPRETACIÓN: El 51.1% de los pacientes con diabetes tipo II comen alimentos fuera de casa algunos días, el 44.7% casi nunca come alimentos fuera de casa y el 4.3% comen alimentos fuera de casa todos los días.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE PIDEN MÁS ALIMENTOS DE LOS SERVIDOS INICIALMENTE ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

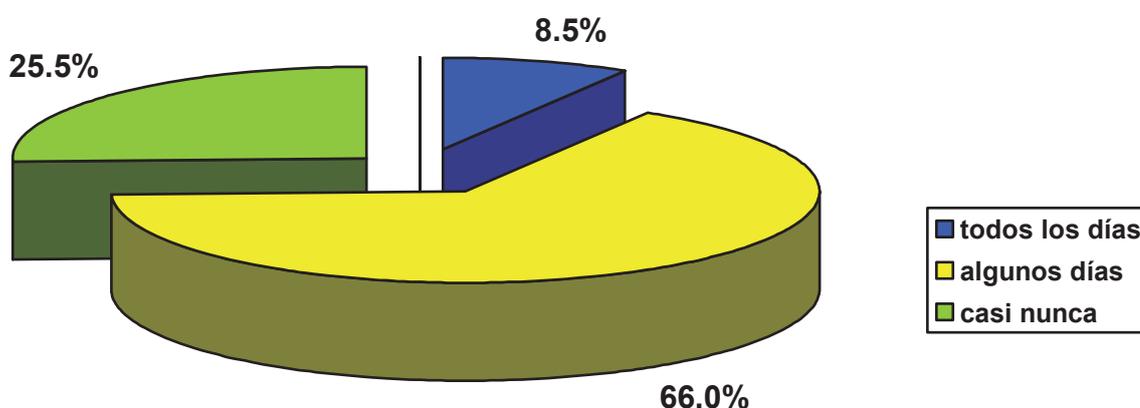
Cuadro No. 20

PIDE MAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todos los días	4	8.5
Algunos días	31	66.0
Casi nunca	12	25.5
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 20**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE PIDEN MÁS ALIMENTOS DE LOS SERVIDOS INICIALMENTE ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 20

INTERPRETACIÓN: El 66% de los pacientes con diabetes tipo II pide más comida de la servida algunos días, el 25.5% casi nunca , el 8.5% pide más comida todos los días.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE REALIZAN ALGUN TIPO DE EJERCICIO FISICO ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

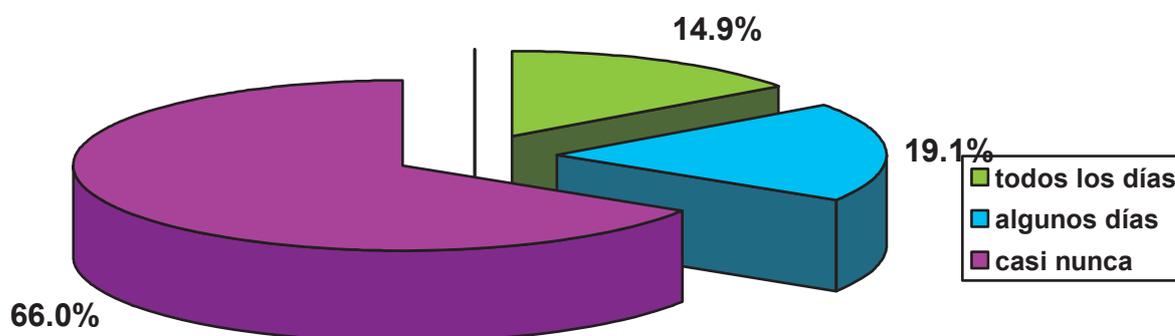
Cuadro No. 21

<b>EJERCICIO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	7	14.9
algunos días	9	19.1
casi nunca	31	66.0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 21**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE REALIZAN ALGUN TIPO DE EJERCICIO FISICO ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 21

INTERPRETACIÓN: El 66% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca realiza ejercicio, el 19.1% realiza ejercicio algunos días y el 14.9% realiza ejercicio todos los días.

**ACTIVIDAD QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

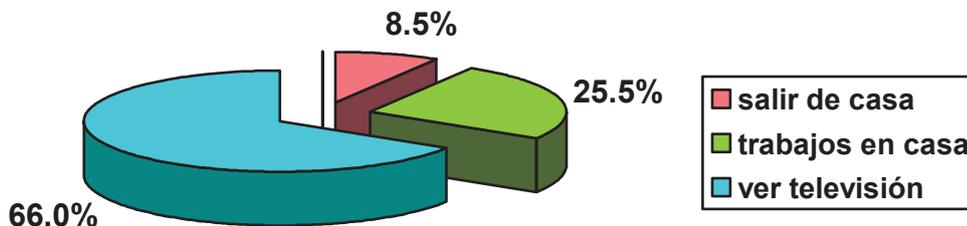
Cuadro No. 22

ACTIVIDAD QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Salir de casa	4	8.5
Trabajos en casa	12	25.5
Ver television	31	66.0
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 22**

**ACTIVIDAD QUE REALIZAN EN SU TIEMPO LIBRE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No 22

INTERPRETACIÓN: El 66% de los pacientes con diabetes tipo II ve la televisión en su tiempo libre, el 25.5% realiza trabajos en casa y el 8.5% sale de casa en su tiempo libre.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE FUMAN ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

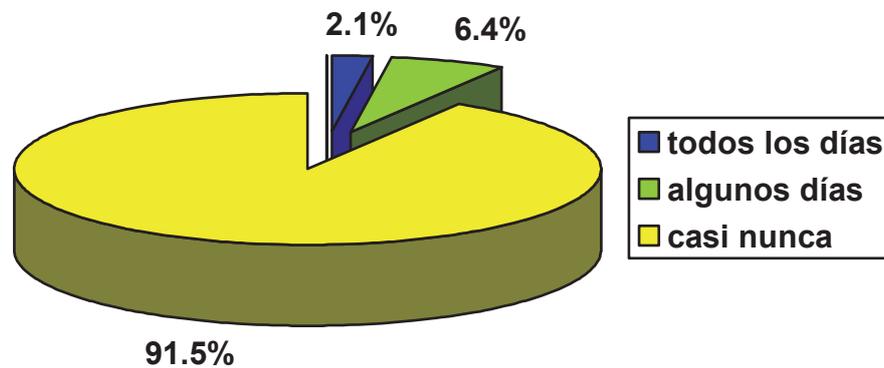
Cuadro No. 23

<b>FUMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	1	2.1
Algunos días	3	6.4
Casi nunca	43	91.5
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 23**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE FUMAN ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 23

INTERPRETACIÓN: El 91.5% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca fuman, el 6.4% fuma algunos días de la semana y el 2.1% fuman todos los días

**CUANTOS CIGARROS FUMAN AL DIA LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

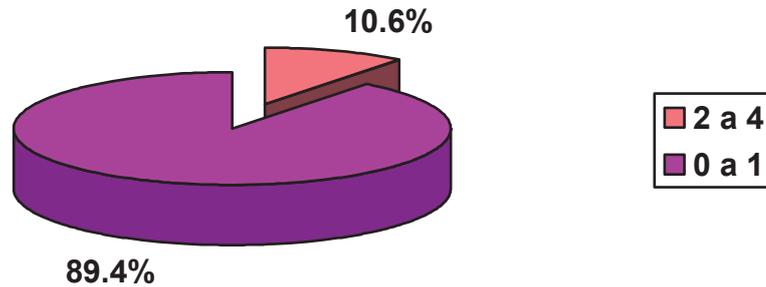
Cuadro No. 24

<b>CUANTOS CIGARROS FUMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
2 a 4	5	10.6
0 a 1	42	89.4
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 24**

**CUANTOS CIGARROS FUMAN AL DIA LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 24

INTERPRETACIÓN: El 89.4% de los pacientes con diabetes tipo II fuma de 0 a 1 cigarro al día, el 10.6% fuma de 2 a 4 cigarros

**HORAS QUE DUERMEN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

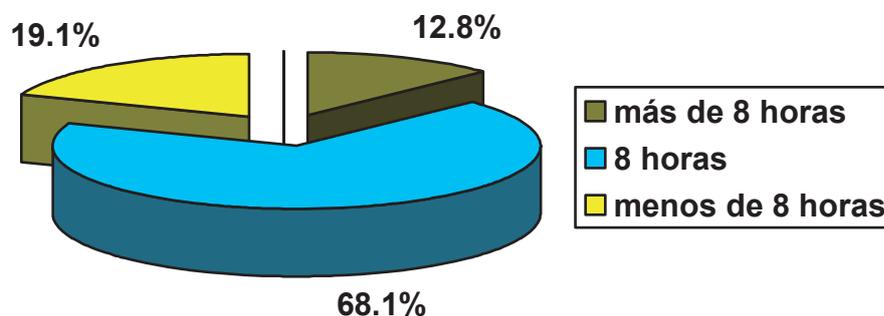
Cuadro No. 25

<b>HORAS QUE DUERME</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Más de 8 horas	6	12.8
8 horas	32	68.1
Menos de 8 horas	9	19.1
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 25**

**HORAS QUE DUERMEN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No 25

INTERPRETACIÓN: El 68.1% de los pacientes con diabetes tipo II duerme 8 horas al día, el 19.1% duerme menos de 8 horas al día y el 12.8 duerme más de 8 horas al día

**ASISTENCIA A PLATICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

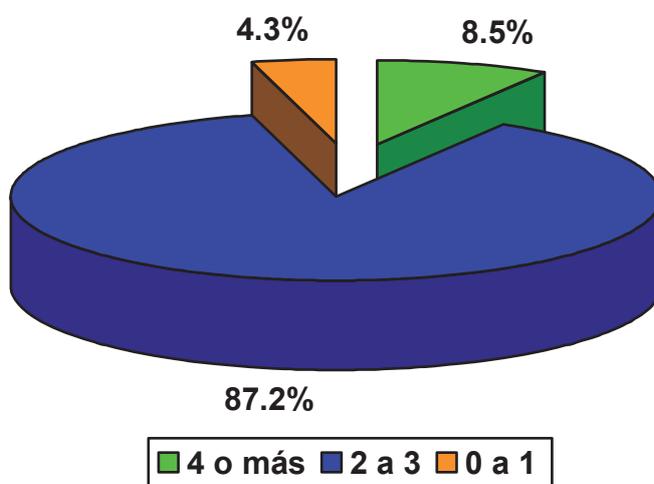
Cuadro No. 26

ASISTENCIA A PLATICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 o más	4	8.5
2 a 3	41	87.2
0 a 1	2	4.3
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No 26**

**ASISTENCIA A PLATICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 26

INTERPRETACIÓN: El 87.2% de los pacientes con diabetes tipo II han asistido de 2 a 3 platicas, el 8.5% ha asistido a 4 o más pláticas y el 4.3% de 0 a 1 plática.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE TRATAN DE OBTENER INFORMACION DE DIABETES ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

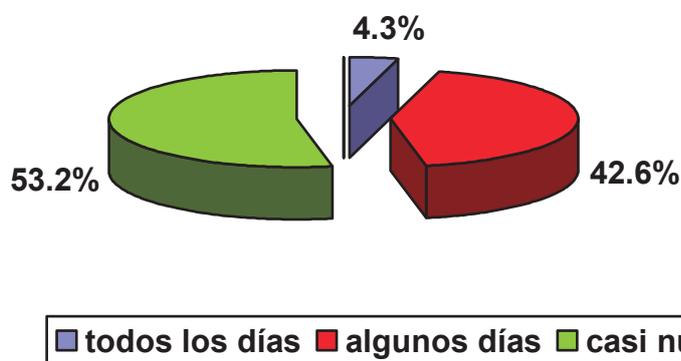
Cuadro No. 27

INFORMACION DE DIABETES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todos los días	2	4.3
Algunas días	20	42.6
Casi nunca	25	53.2
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005

**GRAFICO No. 27**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE TRATAN DE OBTENER INFORMACION DE DIABETES ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 27

INTERPRETACIÓN: El 53.2% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca busca información de su enfermedad, el 42.6% busca información algunas veces y el 4.3% busca información todos los días

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SE ENOJAN CON FACILIDAD ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

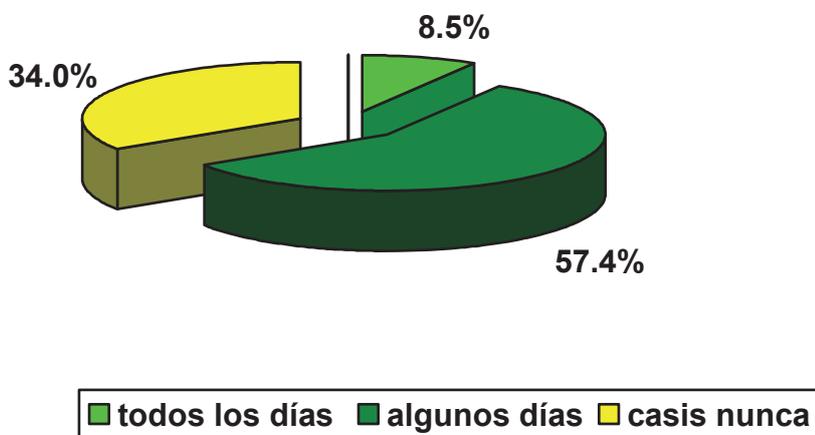
Cuadro No. 28

<b>ENOJAN CON FACILIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	4	8.5
Algunos días	27	57.4
Casi nunca	16	34.0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

**GRAFICO No. 28**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SE ENOJAN CON FACILIDAD ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE. CUADRO No. 28

INTERPRETACIÓN: El 57.4% de los pacientes con diabetes tipo II se enojan con facilidad algunos días de la semana, el 34% casi nunca se enoja y el 8.5% se enoja todos los días.

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SE SIENTEN TRISTES  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

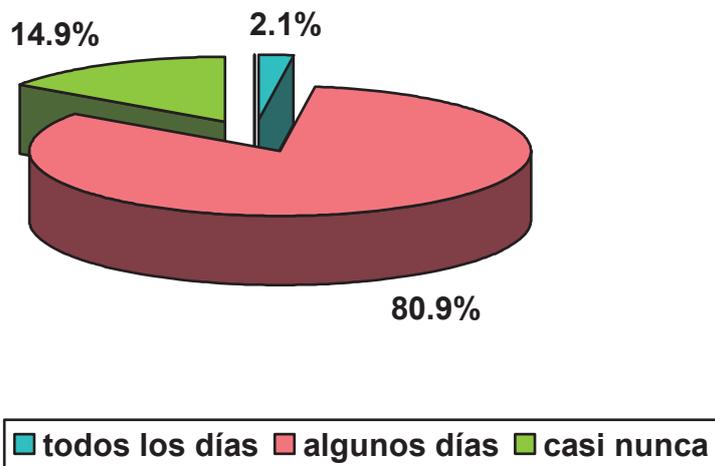
Cuadro No. 29

<b>TRISTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	1	2.1
Algunos días	38	80.9
Casi nunca	7	14.9
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

**GRAFICO No 29**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SE SIENTEN TRISTES  
ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO,  
MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 29

INTERPRETACIÓN: El 80.9% de los pacientes con diabetes tipo II se siente triste algunos días de la semana, el 14.9% casi nunca se siente triste y el 2.1% se siente triste todos los días

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE INTENTAN TENER CONTROLADA LA DM ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

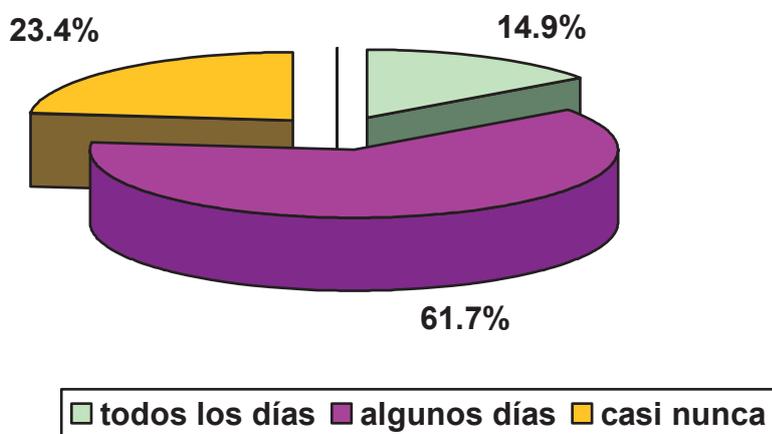
Cuadro No. 30

<b>CONTROLA DE DIABETES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	7	14.9
Algunos días	29	61.7
Casi nunca	11	23.4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

**GRAFICO No. 30**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE INTENTAN TENER CONTROLADA LA DM ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 30

INTERPRETACIÓN: El 61.7% de los pacientes con diabetes tipo II intenta controlar su diabetes algunos días de la semana, el 14.9% intenta controlar su diabetes todos los días y el 23.4% casi nunca intenta controlar su diabetes

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SIGUEN DIETA ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

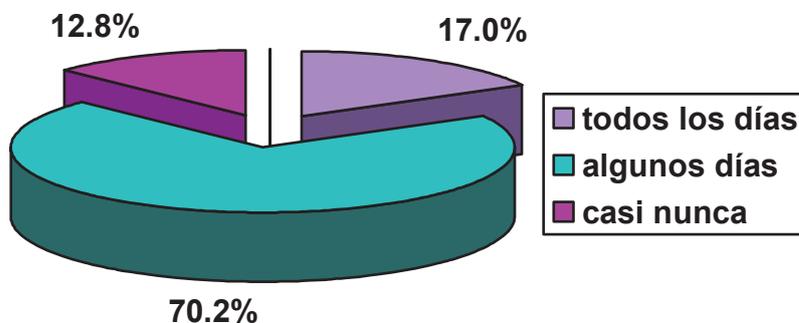
Cuadro No. 31

<b>DIETA PARA DIABETICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	8	17.0
Algunos días	33	70.2
Casi nunca	6	12.8
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

**GRAFICO No. 31**

**PACIENTES CON DIABETES TIPO II QUE SIGUEN DIETA ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: CUADRO No. 31

INTERPRETACIÓN: El 70.2% de los pacientes con diabetes tipo II sigue dieta para diabético algunos días de la semana, el 17% sigue la dieta todos los días y el 12.8% casi nunca sigue la dieta

**SI OLVIDAN TOMAR SU MEDICAMENTO LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**

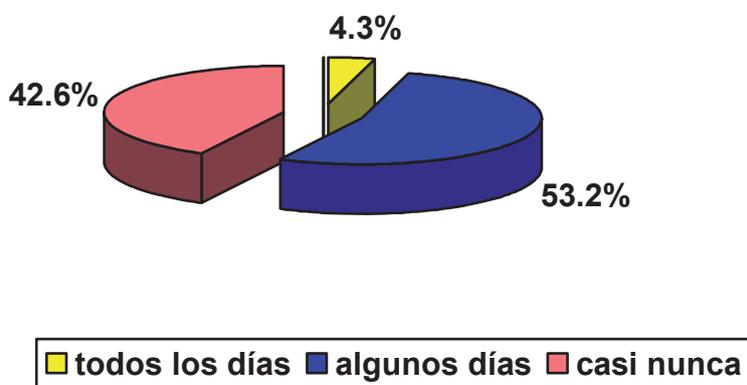
Cuadro No. 32

<b>OLVIDA TOMAR MEDICAMENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Todos los días	2	4.3
Algunos días	25	53.2
Casi nunca	20	42.6
Total	47	100.0

Fuente: Entrevista y encuesta aplicada a pacientes con Diabetes tipo II en Queréndaro Michoacán. Agosto del 2005.

GRAFICO No. 32

**SI OLVIDAN TOMAR SU MEDICAMENTO LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO II ESTUDIADOS DE ACUERDO A SU ESTILO DE VIDA EN QUERÉNDARO, MICHOACÁN. AGOSTO DEL 2005**



FUENTE: GRAFICO No. 32

INTERPRETACIÓN: El 53.2% de los pacientes con diabetes tipo II olvidan tomar su medicamento algunos días de la semana, el 42.6% casi nunca olvida tomar el medicamento, y el 4.3% olvida tomar el medicamento todos los días.

## XII RESULTADOS

El cuadro número 1 nos muestra que existe un 87.2 % del sexo femenino y un 12.8 % del sexo masculino que padecen la enfermedad.

De acuerdo a la edad el cuadro número 2 muestra que el grupo de edad más afectado es de los 45 a 54 años con un 46.8 %, el grupo de 55 a 64 años con un 23%, el grupo de 35 a 44 años con un 14.9 %, el de 65 a 74 años con un 10.6 % y el de 75 y más años un 4.3 %.

El cuadro número 3 señala el grado escolar siendo el 74.5 % que estudio primaria, el 19.1% para los analfabetos y 6.4 para los que estudiaron secundaria.

En el cuadro número 4 observamos que de acuerdo el estado civil el 72.3% corresponde a casados, el 25.5% a los viudos y el 2.1 a los solteros.

En cuanto a nivel socioeconómico en el cuadro número 5 observamos que existe un 51.1% de personas que corresponden a nivel medio y el 48.9% a nivel bajo.

El cuadro número 6 nos muestra que en cuanto a la ocupación existe el 66% que corresponde a las amas de casa, el 21.3% a comerciantes y el 12.8 a campesinos.

El cuadro número 7 muestra que en cuanto al tiempo que tienen los pacientes con la enfermedad el 61.7% tiene de 1 a 2 años, el 17% de 3 a 4 años, el 10.6% de 5 a 6 años, el 6.4 % de 7 a 8 años y el 4.3 % de 9 a 10 años.

El cuadro número 8 muestra el tiempo de tratamiento farmacológico siendo el 61.7% de 1 a 2 años el 21.3% de 3 a 4 años, el 8.5 de 5 a 6 años, el 6.4% de 7 a 8 años y el 2.1% de 9 a 10 años.

El cuadro número 9 muestra que el 100% de los pacientes estudiados no han estado hospitalizados por complicación de la enfermedad.

El cuadro 10 contiene los resultados de peso de los pacientes con diabetes tipo II, siendo el el 34% para los que se encuentran entre 69 y 78 Kg., el 23.4% para los que están entre 59 y 68 Kg., el 21.3% para los que se encuentran entre 88 y 97 Kg., el 10.6% para los que pesan entre 49 y 58%, el 6.4% para los que están entre 98 y 107kg, el 2.1% para los que pesan entre 39 y 48 Kg., y el 2.1% pesa entre 118 y 127 kg.

El cuadro 11 corresponde a la talla de los pacientes con diabetes tipo II, el 25.5% corresponde a los que miden entre 154 y 159 cm., el 23.4% para los que miden entre 148 y 153cm., el 14.9% corresponde a los que miden entre

160 a 164 cm., el 10.6% corresponde a los que miden entre 142 y 147 cm., y el 4.3% es para los que miden entre 166 y 167 cm.

En el cuadro 12 se encuentran los resultados de IMC siendo el 48.9% para los que tienen entre 30 y 40 correspondiendo a obesidad moderada, el 27.7% tienen de entre 25 y 39 correspondiendo a sobrepeso, el 12.8% tienen IMC de 20 a 25 y es para los que se encuentran con peso normal y el 10.6% con un IMC mayor de 40 correspondiendo a obesidad mórbida.

El cuadro 13 muestra que el 46.8% de pacientes con diabetes tipo II come verduras algunos días de la semana, el 38.3% come verduras todos los días de la semana, y el 14.9% casi nunca come verduras.

El cuadro 14 muestra que el 59.6% de pacientes con diabetes tipo II come fruta algunos días de la semana, el 21.3% come frutas todos los días, y el 19.1% casi nunca come frutas.

El cuadro 15 muestra que el 59.6% de los pacientes con diabetes tipo II come 2 panes al día, el 34% come 3 o más panes y el 6.4% come de 0 a 1 pan.

El cuadro 16 muestra que el 55.3% de los pacientes con diabetes tipo II come de 4 a 6 tortillas al día, el 25.5% come de 0 a 3 tortillas al día, y el 19.1% come 7 o más tortillas.

En el cuadro 17 observamos que el 59.6% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca agrega azúcar a sus alimentos o bebidas, y el 40.4% agrega azúcar algunos días.

En el cuadro 18 observamos que el 57.4% de pacientes con diabetes tipo II come entre comidas algunos días de la semana, y el 42.6 casi nunca come entre comidas.

En el cuadro 19 observamos que el 51.1% come alimentos fuera de casa algunos días de la semana, el 44.7% casi nunca come alimentos fuera de casa, y el 4.3% como alimentos fuera de casa todos los días.

El cuadro 20 muestra que el 66.5 de los pacientes con diabetes tipo II pide más comida de la servida inicialmente, el 25.5% casi nunca pide mas, y el 8.5% pide más todos los días.

En el cuadro 21 observamos que el 66% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca realiza ejercicio, el 19.1% realiza ejercicio algunos días de la semana, y el 14.9% realiza ejercicio todos los días.

En el cuadro 22 observamos que el 66% de los pacientes con diabetes tipo II ve televisión en su tiempo libre, el 25.5% realiza trabajos en casa en su tiempo libre, y el 8.5% sale de casa en su tiempo libre.

En el cuadro 23 observamos que el 91.5% de los pacientes con diabetes tipo II casi nunca fuma, el 6.4% fuma algunos días, y el 2.1% fuma todos los días.

El cuadro 24 muestra que el 89.4% de los pacientes con diabetes tipo II fuma de 0 a 1 cigarros, y el 10.6% fuma de 2 a 4 cigarros.

En el cuadro 25 observamos que el 68.1% de los pacientes con diabetes tipo II duerme de 8 horas al día, el 19.1% duerme menos de 8 horas, y el 12.8% duerme más de 8 horas.

El cuadro 26 muestra que el 87.2% de los pacientes con diabetes tipo II a asistido de 2 a 3 platicas, el 8.5% a asistido a 4 o más y el 4.3% a asistido de 0 a 1 platicas.

En el cuadro 27 observamos que el 53.2% de pacientes con diabetes tipo II casi nunca trata de buscar información sobre su enfermedad, el 42.6% lo hace algunas veces, y el 4.3% casi nunca lo hace.

El cuadro 28 muestra que el 57.4% se enoja con facilidad algunos días de la semana, el 34% casi nunca se enoja, y el 8.5% se enoja todos los días.

El cuadro 30 muestra que el 61.75 de los pacientes con diabetes tipo II intenta controlar su enfermedad algunos días de la semana, el 14.9% todos los días de la semana, y el 23.4% casi nunca.

En el cuadro 31 observamos que el 70.2% sigue dieta para diabético algunos días de la semana, el 17% sigue la dieta todos los días, y el 12.8% casi nunca sigue la dieta.

El cuadro 32 muestra que el 53.2% de pacientes con diabetes tipo II olvida tomar su medicamento algunos días de la semana, el 42.6% casi nunca olvida tomar el medicamento y el 4.3% olvida tomarlo todos los días.

# **XIII ANEXOS**



<b>PREGUNTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
1. ¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	3 y más	2	0 a 1	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	7 o más	4 a 6	0 a 3	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
6. ¿Come alimentos entre comidas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
7. ¿Come alimentos fuera de casa?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
8. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
9. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
10. ¿Que hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
11. ¿Fuma?	Fumo diario	Algunas veces	No fumo	
12. ¿Cuantos cigarrillos fuma al día?	Ninguno 6 o más	2 a 4	0 a 1	
13. ¿Cuántas horas acostumbra a dormir diariamente?	Más de 8 horas	8 horas	Menos de 8 horas	
14. ¿ A cuantas platicas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
15. ¿ Trata de obtener información sobre la diabetes?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
16. ¿Se enoja con facilidad?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
17. ¿Se siente triste?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
18. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
19. ¿Sigue la dieta para diabético?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
20. ¿Olvida tomar su medicamento para la diabetes?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	