

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MECINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN DEL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN USI “SAN ANTONIO ABAD”,
UTILIZANDO CUESTIONARIO IMEVID, JUNIO-JULIO 2023**

Presentado por:

**DANIEL RODRIGO HERNÁNDEZ LOVO
DARLIN STEPHANY JIMÉNEZ GARCÍA
KEVIN ALEXANDER LARREYNAGA PORTILLO**

Para Optar al Grado de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:
DR. GUSTAVO ADOLFO CABRERA AGUILAR

**Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador,
Octubre, 2023**

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector

Msc. Roger Armando Arias

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Secretario/a General

Ing. Francisco Antonio Alarcón

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Decana

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Secretaria

MsC. Aura Marina Miranda

Director de Escuela

Dr. Rafael Antonio Monterrosa

CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR	I
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA	II
RESUMEN	V
INTRODUCCION	VI
OBJETIVOS	IX
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	1
DIABETES MELLITUS	1
DEFINICIONES.....	1
CLASIFICACIÓN	1
EPIDEMIOLOGÍA	2
FISIOPATOLOGÍA DE DM	2
CUADRO CLÍNICO.....	3
DIAGNÓSTICO.....	4
TRATAMIENTO	6
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	9
PATRÓN DIETÉTICO SALUDABLE	9
ALCOHOL	10
ACTIVIDAD FÍSICA.....	11
CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2	12
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:	13
CONTROL GLICÉMICO.....	15
CAPITULO II: METODOLOGIA.....	16
Tipo de investigación.....	16
Período de investigación	16
Universo	16
Muestra	16
Variables	17
Operacionalización de variables.....	17
Instrumento de recolección de datos.....	22
Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:.....	22
Procesamiento de los datos	22
Fuentes de información.....	22

Criterios de inclusión.....	22
Criterios de exclusión	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	24
CAPITULO III: RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN.....	33
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	40
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	42
ANEXOS	49
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	54
ANEXO 3: TABLAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA	55

RESUMEN

El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar el estilo de vida de los pacientes diabéticos tipo 2 que consultaran en la Unidad de Salud Intermedia “San Antonio Abad”, utilizando el cuestionario IMEVID, en el período comprendido entre junio y julio de 2023. Se realizó una investigación de tipo cualitativa, descriptiva y de corte transversal. La muestra se obtuvo a partir de un muestreo no probabilístico, por conveniencia. Los datos se obtuvieron mediante el Instrumento para Medir el Estilo de Vida de los pacientes Diabéticos (IMEVID) con un valor α de Cronbach de 0.81, tomando en cuenta variables como nutrición, ejercicio, factores psicosociales y adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos fueron variables, con un 53.31% de la población que tienen hábitos alimenticios adecuados pero un 80.78% tiene hábitos de ejercicio inadecuados. Por otra parte, en el aspecto psicosocial un 63.89% pocos factores de riesgo psicosocial como consumo de alcohol, tabaco o sentimientos de tristeza, enojo o pensamientos pesimistas. Finalmente, un 62.67% tiene buenas prácticas en el apartado de la adherencia al tratamiento.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es un conjunto de enfermedades que tiene en común la característica de cursar con hiperglicemia, La palabra “diabetes” es un término acuñado por primera vez en el siglo II d.C. por el medico griego Areteo de Capadocia y significa, en el griego clásico, sifón, haciendo referencia a la exagerada emisión de orina o poliuria, secundaria al efecto osmótico de la glucosa a nivel urinario. la palabra “mellitus”, que significa “sabor miel”, fue descrita por primera vez por el médico inglés Thomas Willis, gracias a las catas que hacía de la orina de sus pacientes (1621-1675). El médico inglés Mathew Dobson (1725-1784) hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes e informó que estos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina y describió los síntomas de la diabetes. Además, en 1775 identificó la presencia de glucosa en la orina.

La diabetes mellitus una de las enfermedades crónicas más comunes al nivel mundial y siendo una de las causas principales de morbimortalidad, en El Salvador no es la excepción a la problemática de la diabetes mellitus y su situación entorno a esta enfermedad no es diferente al resto del mundo, siendo una de las mayores causas de consulta en los últimos 20 años, ya que la calidad de vida de estos salvadoreños se ve afectada tanto por la enfermedad en si como por las complicaciones que conlleva la diabetes mellitus, de ahí nace la importancia de la detección temprana de la enfermedad, para un inicio pronto de tratamiento en búsqueda de evitar el progreso de la enfermedad y sus complicaciones, siendo entre los pilares del tratamiento destacar la educación en salud para la comprensión del paciente diabético sobre su enfermedad y como el cambio en el estilo de vida tienen especial tienen una repercusión importante en la evolución de la enfermedad y prevenir el desarrollo de complicaciones, y lograr un adecuado control metabólico. además de aumentar el gasto en salud en por tratar complicaciones potencialmente prevenibles. Por los cual se vuelve de importancia la detección temprana, y el desarrollo y cumplimiento de intervenciones enfocadas al cambio del estilo de vida junto al cumplimiento del manejo farmacológico para evitar el desarrollo de complicaciones y disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las

características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo con su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”.

Conociendo el pilar que constituye el estilo de vida en el control metabólico se vuelve un área importante a investigar no solo para mejorar la calidad de vida del paciente diabético y evitar el desarrollo de complicaciones sino también para reducir el gasto en salud de las hospitalizaciones de pacientes diabéticos causada por complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus.

De este modo se vuelve de interés conocer si el estilo de vida de los pacientes diabéticos, para lo cual varios autores han buscado crear un instrumento que ayude al personal de salud a conocer sobre el estilo de vida de los pacientes diabéticos para crear planes de acción enfocados a cambiar los hábitos que mayormente dificultan un adecuado control metabólico del paciente diabético. En 2003 se publica un estudio por López-Carmona, cuyo objetivo fue construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida con diabetes mellitus tipo 2, el cual consta de 25 preguntas cerradas con tres opciones de respuesta cada una, y distribuida en 7 dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Este cuestionario obtiene de manera rápida y confiable información útil sobre componentes del estilo de vida que pueden ser de importancia en para el curso clínico de esta enfermedad.

EL IMEVID (Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos) es un cuestionario específico, estandarizado, global y autoadministrado que ha sido creado para ayudar al médico de primer contacto a conocer y medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una manera rápida y fácil.

Utilizado en este estudio debido a ser un instrumento previamente validado y utilizado anteriormente en investigaciones en salud, siendo ideal, para estimar el estilo de vida de los pacientes diabéticos y poder planificar acciones y estrategias a futuro encaminadas a mejorar el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y por ende mejorar la calidad

de vida. Y es el instrumento principal utilizado en este trabajo para conocer el estilo de vida de los pacientes diabéticos que consulta en la unidad de salud de San Antonio Abad.

OBJETIVOS

General:

Describir los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que consultan en la unidad de salud San Antonio Abad, en junio de 2023.

Específicos:

- I. Conocer los hábitos alimenticios de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- II. Calificar la actividad física realizada por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- III. Identificar factores de riesgo psicosocial en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- IV. Relacionar adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con el desarrollo de posibles complicaciones agudas y crónicas

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

DIABETES MELLITUS

DEFINICIONES

Diabetes mellitus se refiere a un grupo de desórdenes metabólicos comunes que comparten el fenotipo de hiperglicemia. Múltiples tipos distintos de diabetes mellitus son causados por una interacción compleja entre genética y factores ambientales. Dependiendo de su etiología, los factores contribuyentes a la hiperglicemia incluyen secreción disminuida de insulina, disminución en la utilización de la glucosa y producción aumentada de esta.

CLASIFICACIÓN

La diabetes mellitus se clasifica con base en el proceso patogénico que lleva a la hiperglicemia. Existen dos categorías principales de diabetes mellitus, que se designan como diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2. No obstante, se han reconocido otras formas de diabetes en las cuales el origen molecular se entiende mejor y pueden asociarse a defectos genéticos simples. Estas formas alternativas, así como otras formas atípicas, pueden compartir características con la DM1 y/o DM2.

La DM1 se desarrolla como resultado de autoinmunidad contra las células beta productoras de insulina, resultando en deficiencia de insulina.

La DM2 es un grupo heterogéneo de desórdenes caracterizado por grados variables de resistencia a la insulina, secreción inadecuada de insulina y producción hepática de insulina aumentada. Defectos en la acción y/o secreción de insulina dan como resultado el fenotipo común de hiperglicemia en la diabetes mellitus tipo 2 y tienen importantes implicaciones terapéuticas ahora que existen agentes farmacológicos capaces de actuar sobre defectos metabólicos específicos.

Ambos tipos de diabetes son precedidos por un período de empeoramiento de la homeostasis de la glucosa, seguido del desarrollo de hiperglicemia que excede el límite y lleva al diagnóstico clínico. En términos de diabetes mellitus tipo 2, este período es llamado prediabetes y se clasifica más específicamente como alteraciones de la glucosa en ayunas o de la tolerancia a la glucosa. En cuanto a la diabetes mellitus tipo 1, recientemente se han definido tres estadios distintos basados en el desarrollo de anticuerpos contra los antígenos

de las células beta pancreáticas o el apareamiento de un empeoramiento en la desregulación glicémica.

Otros tipos de diabetes incluyen los subtipos *diabetes del adulto desarrolladas en la juventud* (MODY por sus siglas en inglés) y las diabetes monogénicas, así como también la diabetes gestacional y la diabetes atípica.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia mundial de la Diabetes Mellitus se ha elevado drásticamente en las últimas dos décadas, desde un estimado de 30 millones en 1985 a 463 millones en 2019. Se estima que un aproximado de 642 millones de individuos tendrán diabetes para el año 2040. Aunque la prevalencia tanto de la Diabetes Mellitus tipo 1 como del tipo 2 ha ido en aumento, la prevalencia del tipo 2 aumenta mucho más rápido, probablemente por cambios en la dieta y aumento en la obesidad, niveles de actividad física reducidos a medida que los países se industrializan, y envejecimiento de la población.

FISIOPATOLOGÍA DE DM

La Diabetes Mellitus tipo 1 es el resultado de la interacción de factores genéticos, ambientales e inmunológicos que llevan a la destrucción mediada por inmunidad de las células beta pancreáticas y deficiencia de insulina. Este tipo puede aparecer a cualquier edad. La mayoría de los individuos con Diabetes Mellitus tipo 1 tiene evidencia de autoinmunidad dirigida contra los islotes pancreáticos. Las características de la diabetes no se vuelven evidentes hasta que ocurre una pérdida límite de secreción de insulina y masa celular. Posterior a la presentación clínica inicial de la Diabetes Mellitus tipo 1 puede aparecer una fase de “luna de miel”, durante la cual el control glicémico se alcanza con dosis pequeñas de insulina o, raramente, no se requiere de insulina. De cualquier forma, esta fase de producción endógena de insulina de las células beta residuales desaparece y el individuo se vuelve deficiente en insulina. Muchos individuos que han padecido Diabetes Mellitus tipo 1 por largo tiempo producen una pequeña cantidad (reflejado por la producción de péptido C), y estudios de autopsia demuestran que las células beta pueden persistir en el páncreas incluso décadas después del diagnóstico.

Fisiopatológicamente los islotes pancreáticos demuestran infiltración moderada por linfocitos. Estudios del proceso autoinmune han identificado las siguientes anomalías en

el sistema inmune innato y el adaptativo: 1) anticuerpos contra los islotes, 2) linfocitos activados en los islotes y en nódulos linfáticos peri pancreáticos, 3) linfocitos T que proliferan cuando son estimulados por proteínas pancreáticas, y 4) liberación de citocinas hacia el sitio de inflamación en los islotes.

Existen factores ambientales que han sido propuestos como detonantes para el proceso autoinmune en individuos genéticamente susceptibles. Entre ellos se incluyen virus (coxsackie, rubeola y enterovirus predominantemente), proteínas en la leche de vaca, compuestos de nitrosourea, deficiencia de vitamina D y toxinas ambientales.

La Diabetes Mellitus tipo 2 se caracteriza por secreción anormal de insulina y resistencia a la misma, además de exceso de producción hepática de glucosa, metabolismo anormal de las grasas e inflamación sistémica de bajo grado. Aunque el defecto primario genera controversia, la mayoría de los estudios apoyan el punto de vista de que la resistencia a la insulina precede al defecto secretorio pero la diabetes solo se desarrolla en aquellos en quienes la secreción de insulina se vuelve inadecuada. La Diabetes Mellitus tipo 2 engloba un espectro de desórdenes con el fenotipo común de hiperglicemia.

La obesidad, particularmente visceral o central, es muy común en la Diabetes Mellitus tipo 2. En los primeros estadios del desorden, la tolerancia a la glucosa se mantiene cerca de lo normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la secreción de insulina.

La resistencia a la insulina, la habilidad disminuida de la insulina de actuar efectivamente en tejidos diana (especialmente músculo, hígado y grasa) es una característica prominente de la Diabetes Mellitus tipo 2 y resulta de una combinación de susceptibilidad genética, obesidad e inflamación metabólica. (1)

CUADRO CLÍNICO

Los pacientes con diabetes mellitus tipo pueden presentar un cuadro signos y síntomas dependiendo del tiempo que lleve el estado hiperglucémico, cuadros agudos y relacionados a las complicaciones tanto agudas como crónicas.

Entre los síntomas de hiperglicemia que presentan los pacientes están poliuria, polidipsia, pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes

(vaginitis, infecciones cutáneas micóticas) y cicatrización lenta de lesiones cutáneas después de traumatismos menores.

Los trastornos metabólicos se relacionan sobre todo con la hiperglucemia (diuresis osmótica) y con el estado catabólico del paciente (pérdida urinaria de glucosa y calorías, pérdida muscular por degradación de proteínas y síntesis proteínica reducida). La visión borrosa se debe a cambios en el contenido de agua del cristalino y se resuelve cuando se controla la hiperglucemia.

La etiología de la diabetes en un individuo con enfermedad de reciente inicio casi siempre puede asignarse con base en criterios clínicos. los sujetos con DM tipo 2 a menudo tienen las características siguientes:

- 1) desarrollan la enfermedad después de los 30 años de edad.
- 2) casi siempre son obesos (80% tiene obesidad, pero los pacientes ancianos pueden ser delgados)
- 3) es probable que no necesiten insulina como tratamiento inicial.
- 4) pueden tener trastornos relacionados, como resistencia a la insulina, hipertensión, enfermedad cardiovascular, dislipidemia o PCOS. (2)

DIAGNÓSTICO

La tolerancia a la glucosa se clasifica en tres categorías amplias: homeostasis normal de la glucosa, diabetes mellitus y homeostasis alterada de la glucosa. La tolerancia a la glucosa se puede valorar utilizando la glucosa plasmática en ayunas, la respuesta a una carga oral de glucosa o la hemoglobina A1c (HbA1c). Una FPG <5.6 mmol/L (100 mg/100 mL), una glucosa en plasma <140 mg/100 mL (11.1 mmol/L) después de una reacción a una carga oral de glucosa y una HbA1c <5.7% Se considera que definen la tolerancia normal a la glucosa.

De acuerdo con American Diabetes Association, la European Association for the Study of Diabetes y la International Diabetes Federation han formulado criterios diagnósticos para diabetes mellitus con base en las siguientes premisas:

- 1) La glucosa plasmática en ayunas, la reacción a una carga oral de glucosa (prueba de tolerancia a la glucosa oral), y HbA1c varían entre los individuos,
- 2) La DM se define como el nivel de glucemia al que ocurren las complicaciones específicas de la diabetes más que como desviaciones a partir de una media basada en la población.

Tabla 1: Diagnóstico de diabetes mellitus

Glicemia en ayunas mayor a 126mg/dl (tras 8 horas de ayuno)
Test de tolerancia oral a la glucosa con resultados a las 2 horas mayor a 200mg/dl
En pacientes con síntomas de hiperglucemia con una glucemia al azar mayor de 200mg/dl
Con HbA1C > 6.5 % realizado con método de laboratorio estandarizado

Tomado de las guías clínicas para manejo de enfermedades crónicas 2022

La homeostasis anormal de la glucosa se define como:

- 1) Glucosa en ayunas = 5.6 a 6.9 mmol/L (100 a 125 mg/100 mL) la cual se define como *glucosa en ayuno anormal*
- 2) las concentraciones de glucosa en plasma entre 7.8 y 11 mmol/L (140 y 199 mg/100 mL) posteriores a la prueba de tolerancia a la glucosa oral que se denomina *intolerancia a la glucosa* HbA1c de 5.7 a 6.4%.

Se recomienda el empleo generalizado de la glucosa en ayuno y de la HbA1c como pruebas de detección de DM tipo 2 porque:

- 1) un gran número de los individuos que satisfacen los criterios actuales de DM son sintomáticos y no se percatan de que la padecen,
- 2) los estudios epidemiológicos sugieren que puede existir DM tipo 2 hasta por un decenio antes de establecerse el diagnóstico,
- 3) algunos individuos con DM tipo 2 tienen una o más complicaciones específicas de la diabetes al momento de su diagnóstico.
- 4) el tratamiento de la DM tipo 2 puede alterar favorablemente la historia natural de la enfermedad, el diagnóstico de la prediabetes debe estimular los esfuerzos para prevenir la diabetes.

Factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2:

- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus.
- Alteraciones en los niveles de glucosa en cualquiera de las pruebas.
- Antecedentes de diabetes gestacional o peso al nacer mayor de 4 Kg
- Hipertensión.
- Dislipidemias.

Los pacientes con intolerancia a la glucosa son en general asintomáticos y generalmente presentan glucosas entre 100 y 125 mg/dl, se diagnostica mediante la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

Consiste en determinar la glucemia en ayunas y glucemia dos horas después de administrar al paciente adulto por vía oral 75 gramos de glucosa anhidra diluida en 300 ml de agua, administrada en un tiempo no mayor a 10 minutos. Cumpliendo los siguientes requisitos:

- Ayuno de 8 a 14 horas.
- No haber fumado.
- Mantener la actividad física habitual, durante la prueba permanecer en reposo.
- Los días previos mantener la dieta habitual.
- No haber tomado café.
- Ausencia de infecciones o enfermedad intercurrente.
- Sin medicaciones que puedan alterar la glucemia.

Tabla 2: Interpretación de la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

Menor de 140 mg/dl	Normal
Entre 140 mg/dl y 199 mg/dl	Intolerancia oral a la glucosa
Mayo o igual a 200 mg/dl	Diabetes mellitus

TRATAMIENTO

El manejo de la diabetes mellitus comprende el tratamiento farmacológico en conjunto con educación en salud y cambios en el estilo de vida. Teniendo como objetivos.

- a) Revertir los síntomas.
- b) Evitar complicaciones agudas y crónicas.
- c) Modificar factores de riesgo asociados.
- d) Reducir mortalidad prematura.
- e) Mejorar la calidad de vida.

Tabla 3: Metas de control glicémico en pacientes diabéticos

Parámetro	Bueno	Aceptable	Malo
Glicemia en ayuno	Entre 60 – 120 mg/dl	121-170 mg/dl	>170mg/dl
Glicemia 2 horas postprandial	Menor de 140 mg/dl	Entre 140 – 200 mg/dl	>200 mg/dl
Hemoglobina glicosilada	Entre 5.7-6.5%	Entre 6.6-7.5%	>7.5 %
Colesterol total	<180 mg/dl	181-199 mg/dl	>200mg/dl
Colesterol HDL	>40 mg/dl	>35 mg/dl	<35 mg/dl
Colesterol LDL	<100 mg/dl	<130mg/dl	>130mg/dl
Triglicéridos	<150 mg/dl	Entre 150-200mg/dl	>200 mg/dl
Presión arterial	<130/80 mmHg	130/80 mmHg	>140/90 mmHg
IMC	< 25	< 29	>30

Tomado de Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención

Tratamiento farmacológico.

La metformina es el fármaco de primera línea para manejo de la diabetes mellitus siempre que el paciente se encuentre estable.

El tipo de fármaco debe ser elegido en forma individual teniendo en cuenta los factores de riesgo del paciente y características del fármaco:

- Del paciente: edad, IMC, presencia de complicaciones crónicas (ERC).

- Del fármaco: vida media, vías de eliminación, efectos adversos, interacción con otros fármacos entre otros.

Tomando en cuenta las contraindicaciones de los antidiabéticos orales:

- Diabetes mellitus tipo 1
- Descompensación aguda severa
- Enfermedad renal crónica. (TFG <30ml/min para metformina y <60ml/min para glibenclamida.
- Embarazo.
- Insuficiencia vascular severa.(3)

Tabla 4: Tratamiento farmacológico oral para pacientes diabéticos

	Monoterapia	Terapia combinada
Riesgo cardiovascular bajo	<ul style="list-style-type: none"> - Metformina 850mg VO c/día (después de comida). - Metformina 850mg VO 2 veces día (después de comida) 	Metformina 850 mg VO 2 veces al día (después de comida) + Glibenclamida 5mg o Glimpirida de 1 a 4 mg VO antes del desayuno. <ul style="list-style-type: none"> • Metformina 850 mg VO 2 veces al día (posterior a comida) + Glibenclamida 5 mg o Glimpirida de 1 a 4 mg 2 veces al día (antes de comida)
Riesgo cardiovascular alto	Tratamiento con estatinas y aspirina (1) <ul style="list-style-type: none"> • ASA 100 mg VO cada día • Atorvastatina iniciar con 10 mg VO cada día en pacientes con ERC, y de 40 años o más, independientemente de las cifras de lípidos en sangre; con dislipidemia debe tratarse a 	

	<p>una dosis de 40 mg VO cada día, hasta controlar la dislipidemia y regresar a 10 mg.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente presenta antecedentes personales de ECV, o cerebrovascular referir a especialista para evaluación y tratamiento.
--	--

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con DM2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural.

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: “Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas”(4)

PATRÓN DIETÉTICO SALUDABLE

Los siguientes patrones dietéticos han demostrado ser eficaces en la prevención y el tratamiento de la diabetes:

- Dieta mediterránea
- Dieta DASH
- Dietas vegetales, vegetarianas y veganas
- Consumo moderadamente bajo de carbohidratos; alto proteínas de origen vegetal; grasas de origen vegetal.

Es por eso por lo que se recomienda evitar alimentos ricos en grasas trans (por ejemplo, la mayoría de las comidas rápidas; la mayoría de los productos horneados; margarinas) y sustituir estas por grasas vegetales por ejemplo aceite de oliva, aceite de canola, aceite de soja, nueces/semillas y aguacate). Un modesto aumento de proteínas reduce el apetito y ayuda a conseguir y mantener la reducción de peso, también minimiza la pérdida de masa corporal magra. Los expertos recomiendan la ingesta de pescado, aves sin piel, carne magra, productos lácteos, claras de huevo, frutos secos, semillas, soja y otras legumbres y no recomienda el consumo de fuentes de proteínas con alto contenido en grasas saturadas como la carne de cerdo, cordero y ternera no magra; carnes procesadas; ya que pueden asociarse a un mayor riesgo cardiovascular.

El índice glucémico/carga glucémica es un factor importante que las personas con diabetes mellitus tipo 2 deben aplicar en su selección diaria de alimentos que contengan carbohidratos. Deben seleccionarse alimentos con un índice glucémico más bajo (cereales integrales, legumbres, frutas, verduras de hoja verde y sin almidón, leche, yogur), evitar el consumo de azúcar, o azúcar añadido, especialmente bebidas azucaradas, helados, caramelos y postres a base de cereales, el chocolate con leche, cereales refinados, como pasteles, magdalenas y pizza, las patatas y el arroz blancos.

Se ha evidenciado que la ingesta de aproximadamente 50 gramos/día de fibra es eficaz para mejorarla hiperglucemia posprandial por lo que estudios recomiendan incluir la fibra de los alimentos vegetales no procesados, como verduras, frutas, semillas, frutos secos y legumbres.

ALCOHOL

El consumo de alcohol debe ser moderado: no más de 1 bebida al día para las mujeres y no más de 2 bebidas al día en el caso de los hombres (1 bebida es equivale a 12 onzas de cerveza normal, 5 onzas de vino o 1,5 onzas de alcohol destilado de 80 grados). Las bebidas alcohólicas contienen calorías y son de bajo valor nutricional. Pueden contribuir a la hipoglucemia o, en el caso de las bebidas alcohólicas ricas en carbohidratos, a la hiperglucemia.

ACTIVIDAD FÍSICA

La actividad física debe ser un componente integral del plan de pérdida de peso y atención diabética para optimizar control de la glucosa, disminuir los factores de riesgo cardiovascular y lograr o mantener un peso corporal óptimo.

Hay pruebas sólidas de que la reducción de peso mejora la sensibilidad a la insulina y el control glucémico, perfil lipídico y la presión arterial, disminuye el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la prediabetes y en las poblaciones de alto riesgo. Una pérdida de peso de entre el 5% y el 10% puede mejorar el control de la glucemia en pacientes con diabetes. (5)

Beneficios de la actividad: Se debe hacer hincapié en la actividad física en todos los adultos mayores, para mantener la funcionalidad, la independencia y una calidad de vida aceptable.

Un programa de ejercicio regular ofrece otros beneficios a mayores, como:

- Reducción de los niveles de glucosa
- Mejora del perfil lipídico
- Mejora de la presión arterial
- Aumento del tono y la fuerza muscular
- Mejora de la marcha y el equilibrio
- Acondicionamiento físico general
- Disminución de la depresión y aumenta la sensación de bienestar general.(6)

Tipos de actividad

Los tipos de actividades físicas que pueden ser apropiadas para personas con diabetes mellitus tipo 2 deben tener en cuenta el nivel de aptitud física/discapacidad. Es importante desarrollar un programa de actividades para aumentar la movilidad resistencia y fuerza, y aumentar la duración de la actividad de la actividad gradualmente. Entre las actividades incluyen:

- Actividades aeróbicas

- Caminar
- Natación o aeróbic acuático
- Bicicleta estática
- Entrenamiento de resistencia
- Ejercicios en el sillón
- Levantamiento de pesas
- Yoga
- Ejercicios de flexibilidad
- Otras actividades físicas: jardinería, tareas domésticas.(6)

Estudios recomiendan los siguientes tipos de rutinas para adultos sanos con diabetes:

Actividad física aeróbica (de resistencia) de intensidad moderada realizada un mínimo de 30 minutos 5 días a la semana, o actividad física aeróbica intensiva de 20 minutos como mínimo 3 días a la semana por semana, a menos que esté contraindicado. La actividad puede acumularse para alcanzar los 30 minutos realizando series de 10 minutos o más. En caso de sobrepeso u obesidad realizar 60 a 90 minutos de actividad aeróbica moderada al día, de 6 a 7 días a la semana con el fin de perder peso. (5)

CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

La diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo, esta enfermedad por sus características de cronicidad ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos en enfermos crónicos, las personas con diabetes pueden desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico debido a factores relacionados con la enfermedad como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones. El más común de los trastornos es la depresión, teniendo las personas con diabetes doble de riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida.

Estudios demuestran que la depresión en la diabetes es una condición crónica prevalente. Su etiología no es bien conocida, pero es probablemente compleja, donde factores biológicos, genéticos y psicosociales contribuyen potencialmente. Además, describe altos niveles de estrés en el tercer parte de la población del estudio lo que habla de un problema que no sólo disminuye la capacidad de adherirse al tratamiento teniendo en cuenta que el estrés es capaz de incrementar la adiposidad abdominal visceral, con lo cual se tiene una mayor resistencia a la insulina e incremento en la secreción de la glucosa, debido principalmente a niveles altos de cortisol.(7)

Existe evidencia de que a través de programas de educación en diabetes no solo se logra mejorar el perfil metabólico, la adherencia a la dieta y el ejercicio, sino también se ha demostrado mejoría de los síntomas asociados a depresión y ansiedad. La educación terapéutica en diabetes es considerada parte del tratamiento integral, y podría jugar un rol importante en el manejo de la diabetes mellitus incluyendo cuando esta se encuentra asociada a depresión y ansiedad, pues el proceso de enseñar y empoderar al paciente sobre el autocuidado de su condición, a través del conocimiento podría contribuir a reducir los síntomas de distrés psicológico.(8)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

El enfoque terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2 se ha modificado a lo largo del tiempo pues no se centra únicamente en la terapia farmacológica, sino en modificaciones del estilo de vida. Se tiene una visión más global de la persona con diabetes, donde la misma se hace participe en la toma de decisiones, fomentando conductas saludables que le permitan intervenir en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. En este sentido, la adherencia al tratamiento es fundamental para mantener controlada la condición y así evitar sus complicaciones.

Se puede entender como adherencia al tratamiento en diabetes a la adquisición y mantenimiento de un estilo de vida caracterizado por la administración de los hipoglicemiantes (orales o insulina) en la dosis y frecuencia acordada con el especialista, al monitoreo del nivel de glucosa en sangre, el aumento del ejercicio físico, el control emocional en las situaciones estresantes, al cumplimiento de las revisiones médicas regulares, y a la realización de una dieta ajustada a sus requerimientos nutricionales que contribuya al logro

de un buen control glicémico, a la postergación de sus complicaciones, y por último a una mejora en su calidad de vida.

La adherencia al tratamiento es la estrategia que permite que la persona con diabetes mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera, logre cambios significativos en su comportamiento. Sin embargo, es muy frecuente observar el incumplimiento del tratamiento por parte de la persona con diabetes, lo cual no sólo empeora el pronóstico de su condición, sino que además se traduce en mayor detrimento de su calidad de vida. Las causas de falta de adherencia terapéutica son múltiples, entre las cuales destacan, la polimedicación, el olvido, la relación médico paciente, la edad, el nivel de instrucción, el tiempo con la condición, las complicaciones concomitantes y los factores psicológicos, siendo importante estudiar la influencia de estas.

En este sentido, las personas con más tiempo de evolución de la diabetes son las que presentan peor adherencia al tratamiento, pues son las que requieren tratamientos hipoglucemiantes más complejos, como por ejemplo la insulinización. No obstante, también existe la posibilidad que a menor tiempo con la condición exista menor adherencia al tratamiento puesto que varios factores clave en el control glucémico se ven desfavorecidos por la inexperiencia del paciente durante su corta convivencia con la enfermedad. De igual forma, se ha sugerido que las personas con diabetes que tienen en promedio más de 10 años con la condición, que están en edad adulta, con un alto nivel de instrucción y que no presentan enfermedades concomitantes (o complicaciones) ni polimedicación, son las que suelen poseer mayor adherencia al tratamiento.

Con respecto al nivel de educativo del paciente, se ha encontrado que el grado de conocimiento de la diabetes, al igual que ocurre con otros padecimientos crónicos, está relacionado con un mayor control de la condición. Investigaciones reportan que el grado de conocimiento está directamente asociado con el nivel educativo de la persona, de modo que a mayor nivel de estudios hay un mejor nivel de conocimientos. Así, es posible que las personas con diabetes con bajo nivel de instrucción posean una baja adherencia al tratamiento por un bajo conocimiento de la enfermedad, una mala comprensión de las indicaciones médicas y de las implicaciones de la terapia.

Con relación a otras variables sociodemográficas, tales como el sexo y el estado civil, los resultados en el área no son concluyentes acerca de su incidencia en la adherencia al tratamiento. Aunque generalmente son las mujeres las que tienen mayor disposición a visitar los centros de salud y por ende son las más interesadas en mantener su condición controlada.

Por último, y no menos importante, se señalan que los factores emocionales juegan un rol importante en el control de la diabetes mellitus, específicamente la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico, favoreciendo la disminución de la actividad física, el aumento de la obesidad, y potenciando las complicaciones asociadas al daño del organismo.(9)

CONTROL GLICÉMICO

Las personas que tienen diabetes deben controlar su glucosa regularmente en casa. El control regular de la glucosa lo ayuda a determinar qué tan bien está funcionando su programa de control de la diabetes de planificación de comidas, ejercicio y medicamentos (según sea necesario) para mantener su glucosa dentro de su rango objetivo.

Los resultados del Ensayo Nacional de Control y Complicaciones de la Diabetes (DCCT, por sus siglas en inglés) muestran que cuanto más cerca mantenga su glucosa de su rango objetivo, más probabilidades tendrá de prevenir complicaciones de la diabetes, como enfermedades de los ojos, daño a los nervios y otros problemas. Para algunas personas, otras condiciones médicas, la edad u otras preocupaciones médicas pueden hacer que su equipo de atención de la diabetes establezca objetivos de glucosa individuales.

El siguiente cuadro describe los rangos habituales de glucosa para una persona que tiene y no tiene diabetes. Use esto como una guía para trabajar con su equipo de atención de la diabetes para determinar cuáles deben ser sus objetivos de glucosa y desarrollar un programa de control regular de la glucosa que lo ayudará a controlar su diabetes.(10)

Momento en el que se chequea	Rangos de glucosa objetivo para personas sin diabetes	Rangos de glucosa objetivo para personas con diabetes
Antes del desayuno (en ayunas)	<100	70-130
Antes del almuerzo	<110	70-130

Dos horas después de comida	<140	<180
Al acostarse	<120	<90-150
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	<5.5%	<7%

CAPITULO II: METODOLOGIA

Tipo de investigación

Cualitativa, descriptiva, de corte transversal

Período de investigación

junio-julio 2023

Universo

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que consultan en USI San Antonio Abad, sometidos a cuestionario de autogestión que cumplan con los criterios de inclusión durante el mes de junio 2023

Muestra

Se seleccionó la muestra promediando el número de pacientes que consultaron con diagnóstico de Diabetes Mellitus desde octubre 2022 hasta marzo 2023, resultando en un total de 144 pacientes (Datos obtenidos de las estadísticas de la USI SAA en el SIMMOW). Se realizó un muestreo por conveniencia, dado que se seleccionó aleatoriamente un grupo de pacientes de la población en estudio, que sean accesibles y que acepten ser parte del estudio, además de cumplir con los criterios de inclusión y que estén de acuerdo con el consentimiento informado.

Variables

- Hábitos alimenticios
- Actividad física
- Riesgo psicosocial
- Adherencia al tratamiento.

Operacionalización de variables.

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala
Conocer los hábitos alimenticios de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Hábitos alimentarios	Conjunto de costumbres que condicionan como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.	¿Con qué frecuencia come verduras?	- Todos los días (4) - Algunos días (2) - Casi nunca (0)
			¿Con qué frecuencia come frutas?	
			¿Cuántas piezas de pan come al día?	- 1 (4) - 2 (2) - Más de 3 (0)
			¿Cuántas tortillas come al día?	- 1 a 3 (4) - 4 a 6 (2) - Más de 7 (0)
			¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	- Algunas veces (2) - Frecuentemente (0)
			¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	- Casi nunca (4) - Algunas veces (2) - Casi siempre
			¿Come	-Casi nunca (4)

			alimentos entre comidas? ¿Come alimentos fuera de casa?	- Algunas veces (2) - Frecuentemente (0)
			Cuando termina de comer, ¿pide que le sirvan más?	- Casi nunca (4) - Algunas veces (2) - Casi siempre (0)

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala
Calificar la actividad física realizada por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.	Actividad física	cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.	¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro).	- 3 o más veces por semana (4) - 1 o 2 veces por semana (2) - Casi nunca (0)
			¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	- Casi siempre (4) - Algunas veces (2) - Casi nunca (0)
			¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	- Salir de la casa (4) - Trabajos en casa (2) - Ver televisión (0)

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala
Identificar factores de riesgo psicosocial en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Riesgo psicosocial	aquellas condiciones presentes en la vida directamente relacionadas con la organización, trabajo, actividades diarias y gestión de emociones y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud de la persona.	¿Fuma?	- No fumo (4) - Algunas veces (2) - Casi diario (0)
			¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	- Ninguno (4) - 1 a 5 (2) - Mas de 6 (0)
			¿Bebe alcohol?	- Nunca (4) - Rara vez (2) - 1 o más veces por semana (0)
			¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	- Ninguna (4) - 1 o 2 (2) - Más de 3 (0)
			¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	- 4 o más (4) - 1 a 3 (2) - Ninguna (0)

			¿Trata de obtener información sobre la diabetes? ¿Se enoja con facilidad? ¿Se siente triste?	- Casi siempre (4) - Algunas veces (2) - Casi nunca (0)
			¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	- Casi nunca (4) - Algunas veces (2) - Casi siempre (0)

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Indicador	Escala
Relacionar adherencia al tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con el desarrollo de posibles complicaciones agudas y crónicas.	Adherencia al tratamiento.	Tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.	¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes? ¿Sigue dieta para diabético?	- Casi siempre (4) - Algunas veces (2) - Casi nunca (0)
			¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	- Casi nunca (4) - Algunas veces (2) - Frecuentemente (0)

			<p>¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?</p>	<p>- Casi siempre (4) - Algunas veces (2) - Casi nunca (0)</p>

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario autogestionado IMEVID (Instrumento para medir el estilo de vida en pacientes diabéticos)

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:

El instrumento utilizado es un instrumento autogestionado que no solicita información personal de la persona que lo contesta, por lo que la identidad de la persona encuestada no será revelada. Además, se elaboró un documento de consentimiento informado, de acuerdo con las normas de Helsinki, mediante el cual se dio a conocer al sujeto en estudio la finalidad del estudio, así como la confidencialidad de la información y el resguardo de esta.

Procesamiento de los datos

La investigación se llevó a cabo durante el mes de junio-julio del 2023, recogiendo los datos mediante el IMEVID, el cual se estructuró en 4 dominios (alimentación, actividad física, riesgo psicosocial y adherencia a tratamiento) distribuidos en 25 preguntas con tres opciones de respuesta cada una, asignando puntajes de 0, 2 o 4 puntos dependiendo de la opción de respuesta, así: 4 equivale a muy bueno, 2 a regular y 0 a malo. Con un puntaje total que va desde 0 a 100 puntos, mientras más alto sea el puntaje indica un estilo de vida más saludable. Posterior a pasar el instrumento, se realizó la tabulación y análisis de datos obtenidos de la encuesta, vaciando los datos en una matriz de Microsoft Excel para poder utilizar fórmulas que nos permitieron un procesado de la información más ágil y la elaboración de gráficos que permitieron el análisis de los resultados del estudio.

Fuentes de información

Primarias: Sistema de Morbimortalidad en Línea (SIMMOW), encuesta, artículos de investigación publicados en revistas en línea de investigación en salud.

Criterios de inclusión

- Adultos entre 20 y 65 años de ambos sexos
- Tratados en UIDS San Antonio Abad
- Sabe leer y escribir
- Acepta participar
- Pacientes de 1ª vez y subsecuentes

Criterios de exclusión

- Diabéticos tipo 1 que consulten por cualquier causa
- Llenado incompleto del cuestionario

- Trastornos psiquiátricos
- Deterioro cognitivo

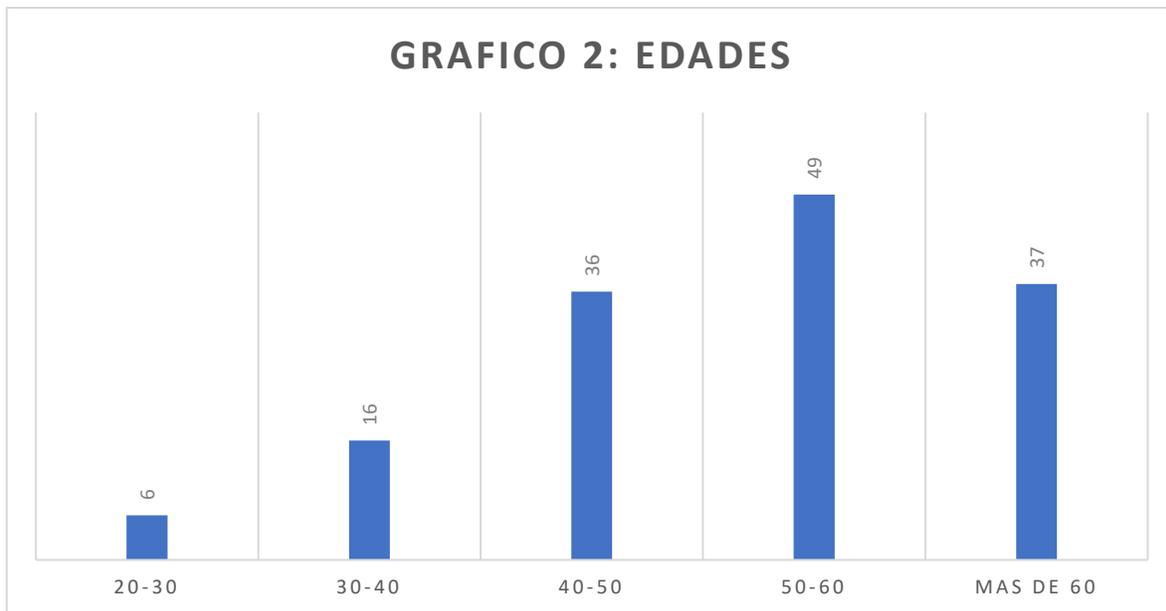
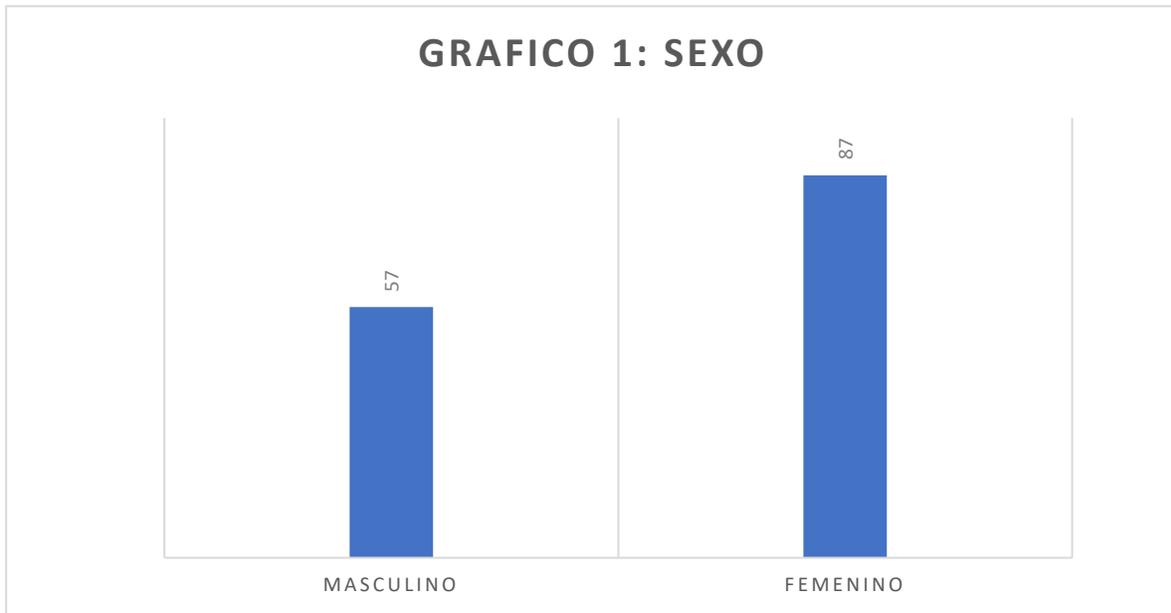
CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación se clasificó como riesgo menor porque no se realizó ningún tipo de procedimiento invasivo solamente la utilización de cuestionario IMEVID para conocer los estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Todos los datos obtenidos en el estudio serán utilizados con fines académicos respetando cada uno de los principios de la bioética (autonomía, beneficencia y justicia).

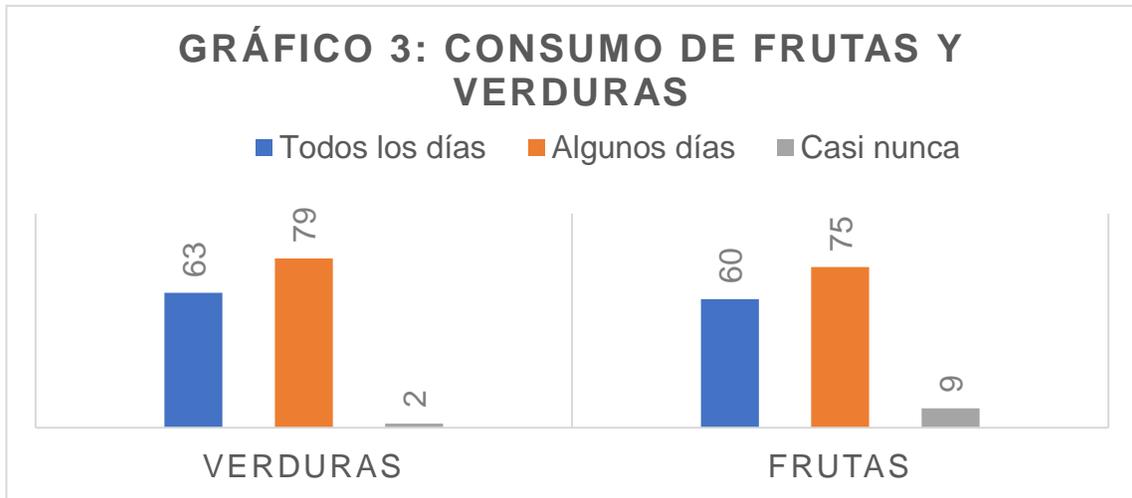
Se creó el consentimiento informado basándose en la declaración de Helsinki, solicitando la autorización, mediante firma a cada paciente que participará de la investigación, garantizándole la total confidencialidad de la información obtenida. En el cuestionario que será llenado de manera anónima respetando la privacidad de cada sujeto que participe investigación.

Se presentarán los resultados y conclusiones a través del periódico mural de la unidad de salud y se tenga libre acceso a la información obtenida manteniendo el anonimato y privacidad de todos los participantes.

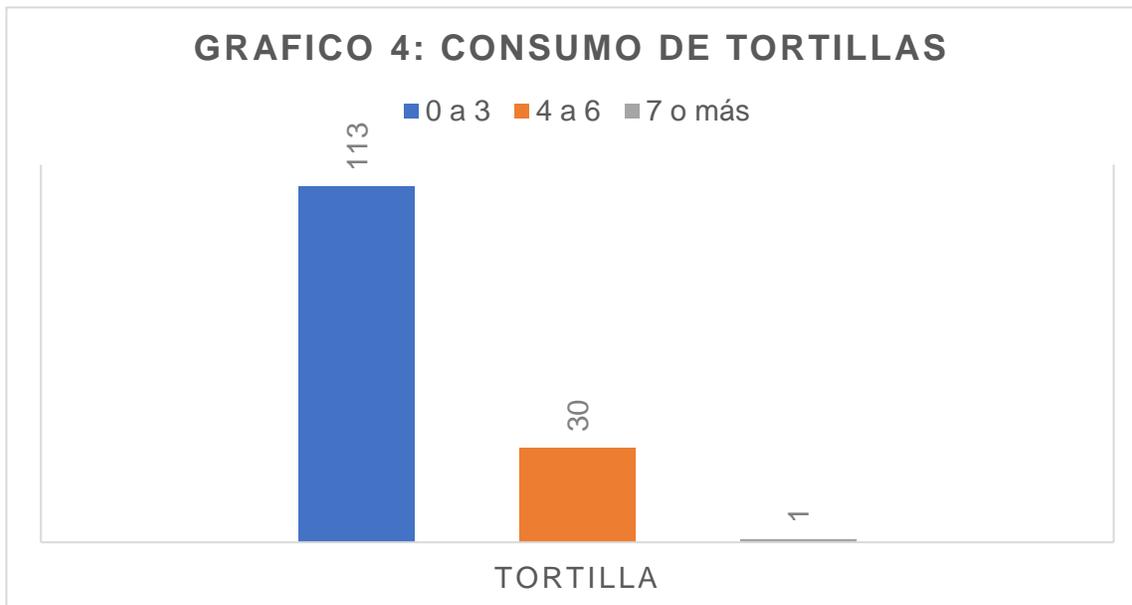
CAPITULO III: RESULTADOS



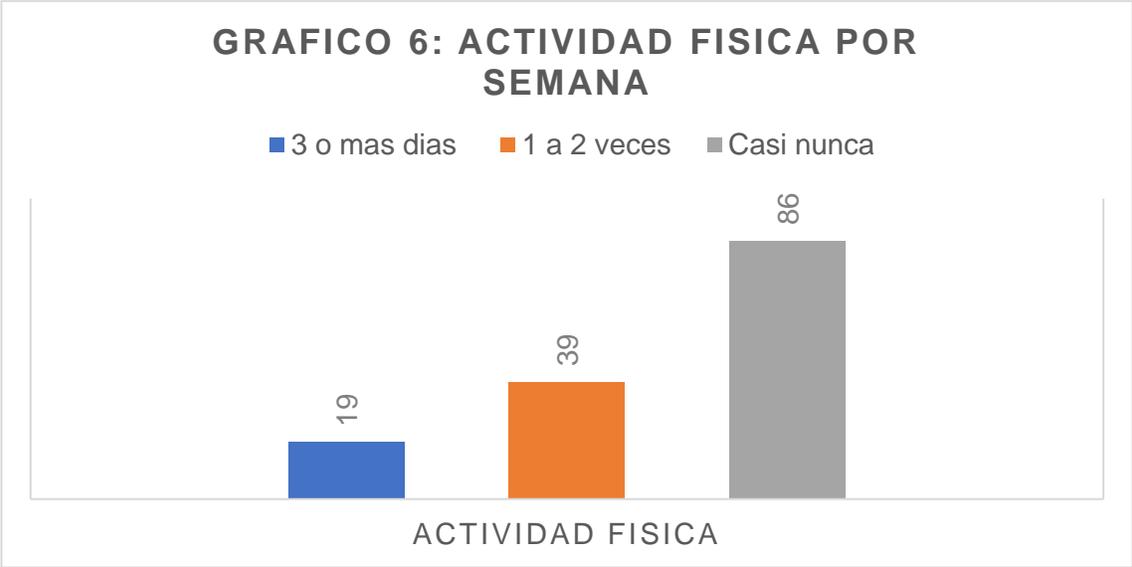
Se trabajo en este estudio con una población de ambos sexos constando de 57 participantes masculinos y 87 femeninos siendo el 40% y 60% de la población respectivamente y dividiéndolos en 5 grupos etarios siendo el mayor de 50 a 60 años (34%), seguido de la población mayor de 60 años (26%) y el menor el grupo de 20 a 30 años representando solo el 4% de la población.



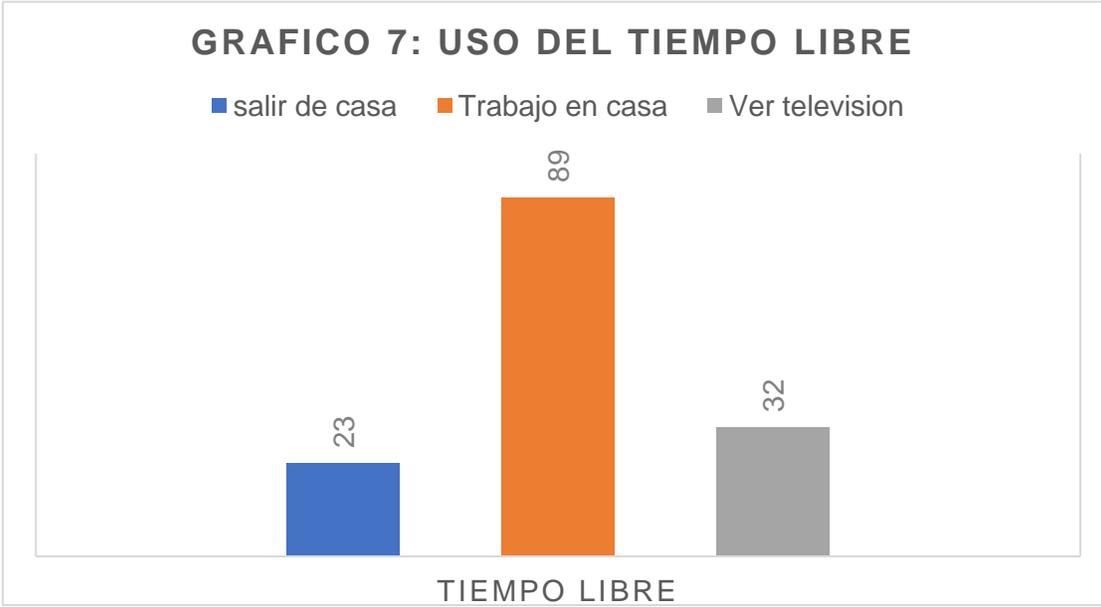
Los resultados obtenidos en cuanto al consumo de frutas y verduras fueron muy similares entre sí. El 43.75% de las personas entrevistadas refieren consumir verduras todos los días de la semana, el 54.86% algunos días de la semana y el 1.39% casi nunca. En cuanto al consumo de fruta, el 41.67% de la población dijo consumir frutas todos los días de la semana, 52.08% algunos días de la semana y 6.25% casi nunca las consume.



Como parte de la entrevista también se evaluó el consumo de pan y tortilla por parte de los participantes, obteniendo que el 36.11% de los entrevistados consume una pieza de pan o menos al día, el 53.47% consumen dos y el 10.42% consumen 3 o más piezas al día. Para el consumo de tortilla se obtuvo que 78.47% que consume tres o menos tortillas al día, 20.83% de cuatro a seis y 0.7% siete o más



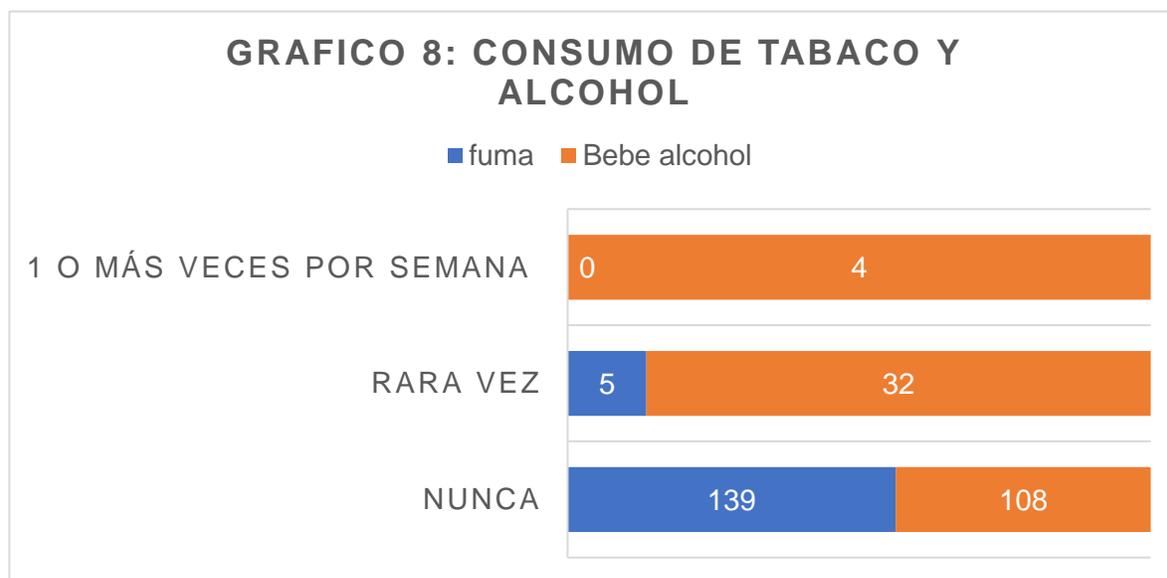
Del total de personas encuestadas el 49.30% (71) casi nunca agrega azúcar a sus alimentos, el 48.61% (70) solo algunas veces y el 2.08% (3) lo hacen frecuentemente. El 32.63% (47) casi nunca agrega sal a sus alimentos, un 59.72% (86) agrega sal algunas veces a sus alimentos y el 7.63% (11) lo hace frecuentemente.



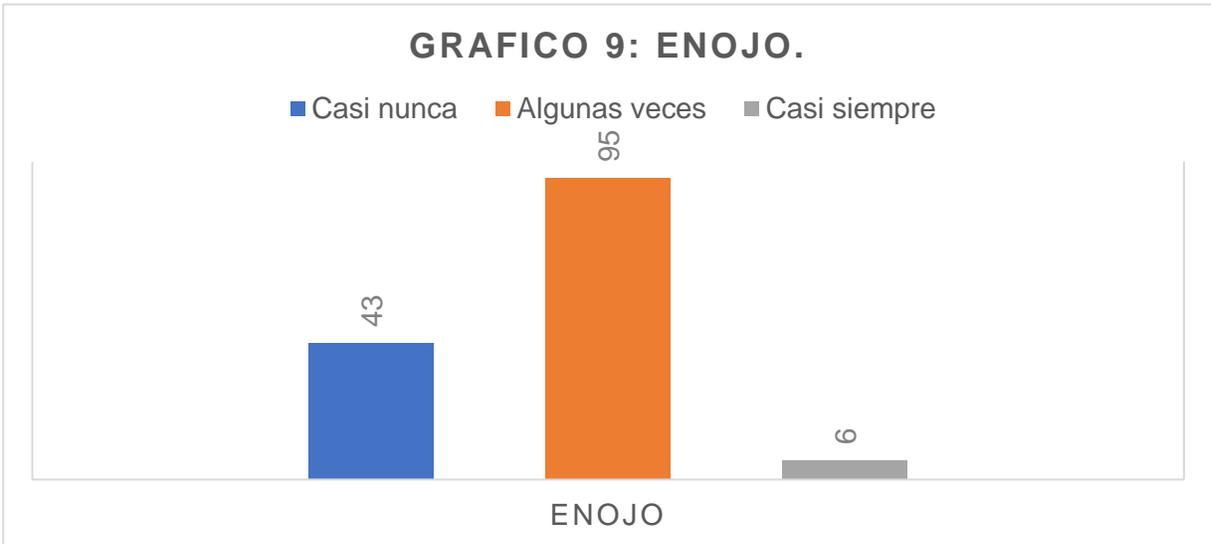
Se observa que la mayoría de la población participante 86 personas (59.7%) reconoce no realizar actividad física diaria obteniendo baja puntuación en este apartado y siendo únicamente 19 (13.1%) participantes quienes prefieren mantener por lo menos 3 días de actividad física por semana y 39 personas (27.2%) de participante realizar actividad física 1 o 2 días por semana.

Con base en los datos obtenidos, el 61.8% de la población realiza trabajos en el hogar, 22.2% refieren hacer uso del tiempo en actividades como ver televisión en casa mientras en menor cantidad 16% contestaron que salen de casa en su tiempo libre.

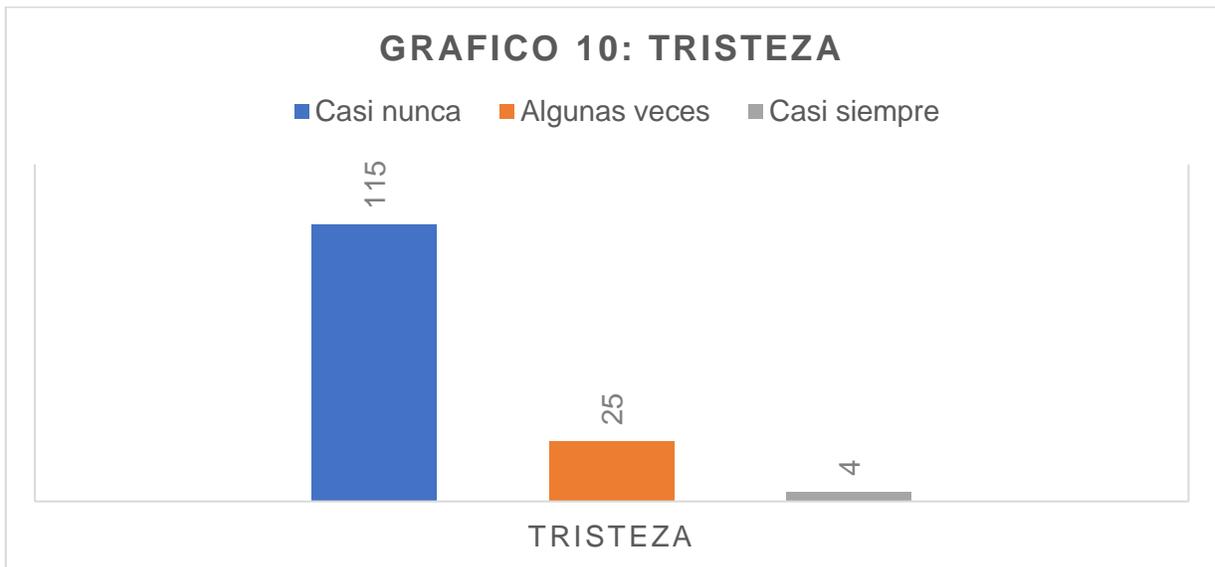
En cuanto al uso de tiempo fuera del trabajo el 56.2% realiza ocasionalmente actividades fuera del trabajo, 28.5% las realiza de manera constante y solo el 15.3% casi no realiza actividades fuera de su entorno laboral.



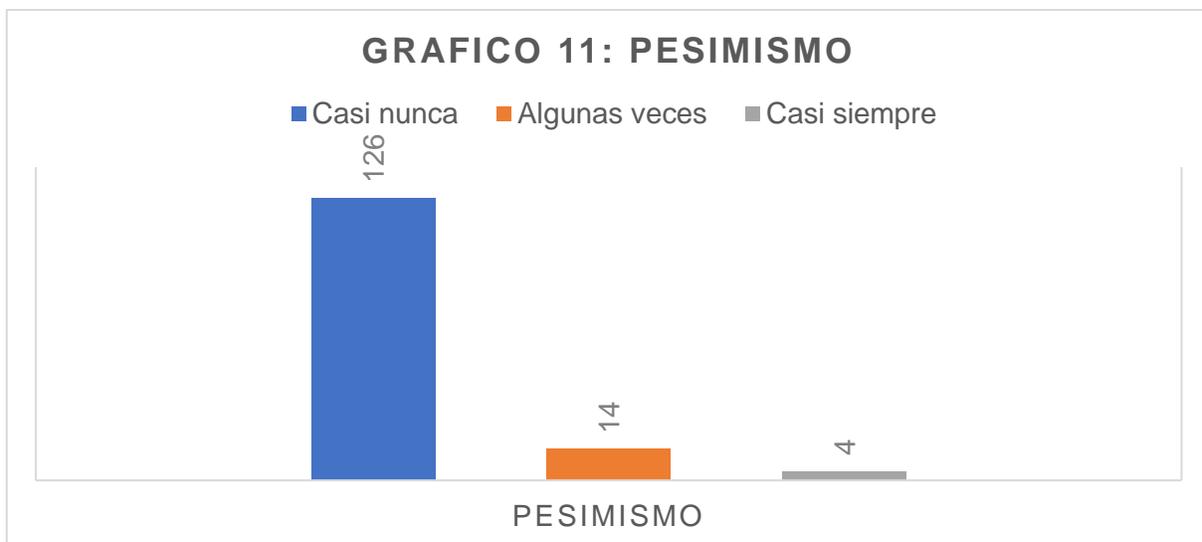
El 97% de las personas nunca han fumado y el 75% nunca han consumidos alcohol, el 3% rara vez fuma y el 22% rara vez bebe alcohol de los cuales el 100% consumen de 1 a 2 bebidas, además las personas que consumen alcohol lo hacen con mayor frecuencia observando que el 3% consume 1 o más veces alcohol por semana en cambio el 0% de las personas que fuman lo hace con la frecuencia mencionada.



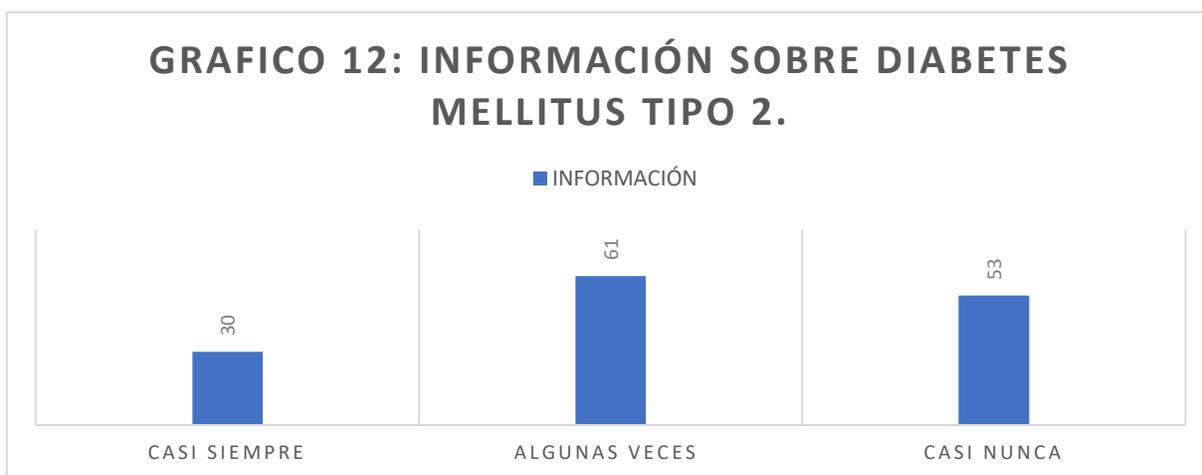
El 66% de las personas encuestadas se enojan algunas veces, el 4% casi siempre y el 30% casi nunca.



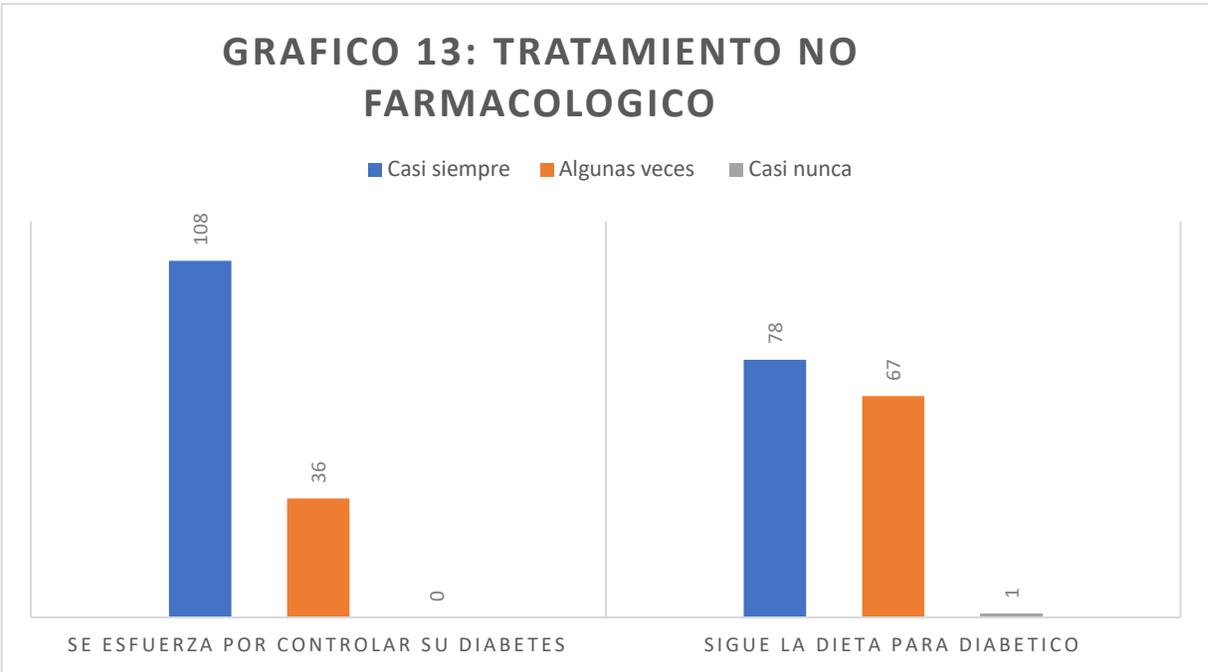
De la población encuestada el 80% casi nunca tiene sentimientos de tristeza, solamente un 17% siente tristeza algunas veces y el 3% casi siempre.



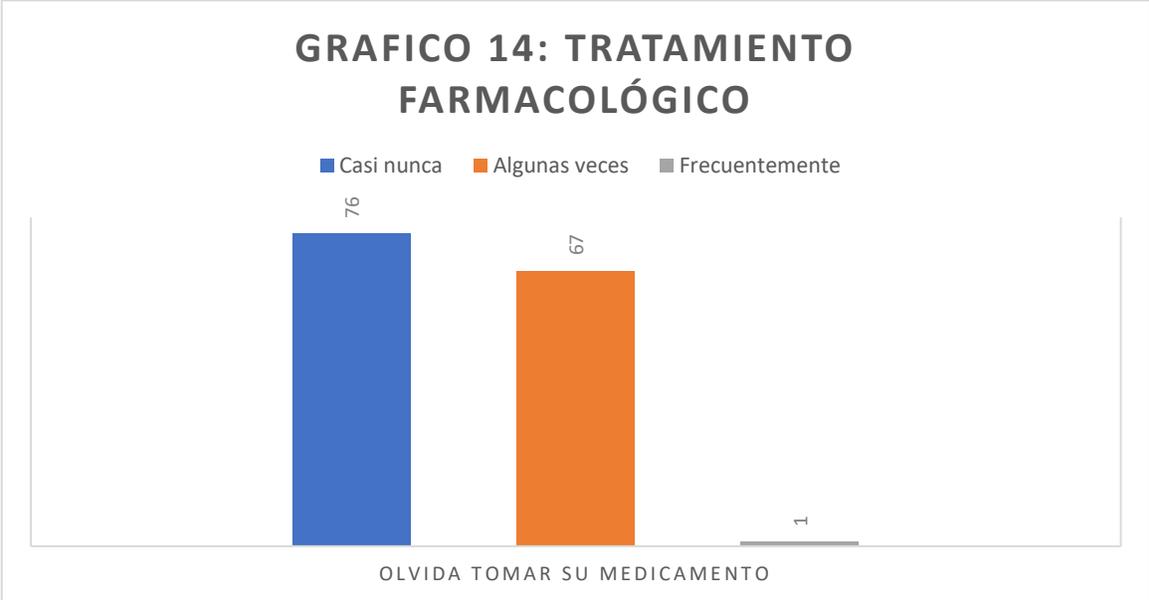
El 88% de la población casi nunca tiene pensamientos pesimistas, solo el 10% los tiene algunas veces y el 3% casi siempre.



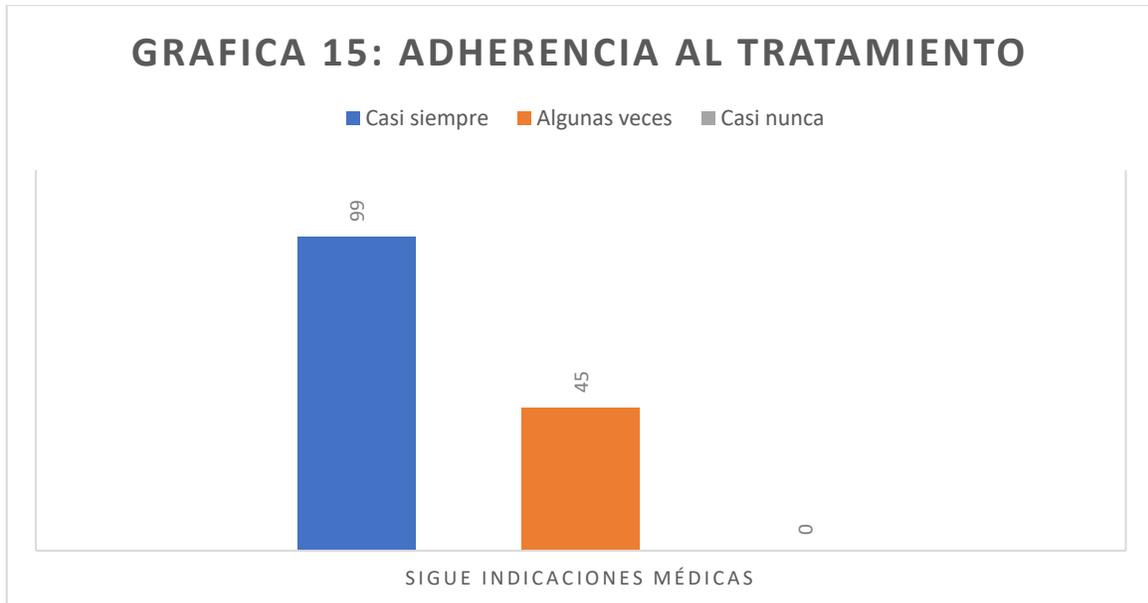
El 24% de la población que participo en el estudio busca algún tipo de información sobre la diabetes, el 31% casi nunca y el 21% casi siempre. Además, se observa que las personas que buscan información el 47% ha asistido a 4 o más charlas y del 42% que algunas veces busca información solo el 3% a asistido a 4 o más charlas y del 37% que nunca buscan información nunca han asistido a más de 4 charlas, evidenciando que los datos son proporcionales entre menos información buscan, a menos charlas han asistido.



Un 75% de los participantes se esfuerza casi siempre por controlar su enfermedad y el 25% algunas veces. El 54.2% casi siempre sigue una dieta para diabético, 43% en algunas ocasiones y solo 4 participantes (2.8%) casi nunca sigue la dieta recomendada para diabéticos.



De igual manera 76 participantes (52.8%) cumplen con su medicación sin olvidarla, 67 el 46.5% han olvidado tomar su medicación algunas veces y solo 1 participante (0.7%) refería olvidar de manera frecuente tomar su medicación.



De la población encuestada, el 68.7% refiere seguir casi siempre las indicaciones médicas y el 31.3% solo algunas veces.

DISCUSIÓN

Durante los últimos 3 meses del año 2022 y los primeros 3 meses del año 2023, en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad consultaron un promedio de 144 pacientes con diabetes mellitus, promedio que fue escogido por medio de muestreo por conveniencia para la muestra de este estudio. De esta muestra el 60% eran mujeres y un 40% eran hombres. Esta diferencia entre ambos sexos se debe probablemente a que culturalmente las mujeres tienden a preocuparse más por su salud que los hombres.

Se dividió a la población en 5 grupos etarios, siendo el mayor de 50 a 60 años (34%), seguido de la población mayor de 60 años (26%), las edades de 40 a 50 años (25%), de 30 a 40 años (11%) y el menor el grupo de 20 a 30 años (4%). Estos resultados se corresponden con estudios realizados por otros autores que demuestran que la prevalencia de Diabetes Mellitus aumenta según aumenta la edad, siendo este último un factor de riesgo no modificable. (31)

De acuerdo con los objetivos de esta investigación, se realizó una encuesta utilizando el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en pacientes Diabéticos (IMEVID), instrumento que consta de 7 dominios: dieta, ejercicio, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica. Para efectos prácticos, se reagruparon los ítems del cuestionario en 4 dominios: dieta, ejercicio, factores psicosociales y adherencia al tratamiento.

En el apartado de la dieta, el promedio de respuestas favorables fue el más alto, siendo de alrededor de 77, seguido de respuestas regulares con un promedio de 59 y las respuestas desfavorables un promedio de 6.

Uno de los pilares importantes en el manejo integral de la Diabetes Mellitus es la dieta. La ingesta de frutas y verduras es un factor positivo en el adecuado control de la enfermedad. La baja ingesta de verduras y frutas representa una ingesta pobre de fibra vegetal en la dieta, lo cual puede propiciar hiperglicemias posprandiales.(35) La ingesta de frutas y verduras ha demostrado buenos resultados en el control de la diabetes mellitus, además de otros aspectos de la salud en general y patologías, debido a su contenido de fibra y de sus azúcares con bajo índice glucémico. (32) (33) Entre los factores negativos de la alimentación de la población se encuentra que el 49% de estos añade azúcar a sus alimentos casi siempre, acción que es perjudicial a la salud de los pacientes diabéticos.(34)

Según el estudio realizado, la mayoría de la población en un 59.7% no realiza actividad física diaria y en un menor porcentaje realizan actividad física 1 o 2 veces al día en un 27.2%, siendo este un dato un preocupante ya que un estudio recomienda la práctica de ejercicio físico de al menos 30 minutos al día, durante 5 o más días a la semana, o en su defecto, la acumulación de breves períodos intermitentes, pero que en total alcance la cantidad óptima antes referida, con una intensidad moderada, ya que esto contribuye a mejorar el control glicémico, mantener un peso corporal adecuado y disminuir fundamentalmente el riesgo cardiovascular.(36) la actividad física hace que el cuerpo sea más sensible a la insulina (la hormona que permite que las células del cuerpo usen el azúcar en la sangre para producir energía), lo cual ayuda a manejar la diabetes.(37).

En este estudio, un buen porcentaje (61.28%) realizan actividades físicas en casa durante su tiempo libre lo que se puede traducir a actividad física y un 22.2% son sedentarios. Un estudio menciona que el 44% de los diabéticos son sedentarios no practica ningún tipo de actividad física a pesar de que se ha demostrado que el sedentarismo, especialmente en la diabetes tipo 2, se asocia a una mayor presencia de problemas cardiovasculares y a una mayor mortalidad (38), evidenciando que este estudio que en el estudio realizado se cuenta con un menor porcentaje de personas sedentarias. El sobrepeso o la obesidad dificultan el tratamiento de la diabetes de tipo 2. También aumenta el riesgo de tener colesterol en sangre elevado y presión arterial alta, que son factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte entre las personas con diabetes. (39)

En el uso del tiempo libre por parte de pacientes diabéticos la mayoría de los pacientes realiza trabajos en el hogar y quehaceres domésticos, lo cual conlleva una actividad física, seguidamente de ver televisión que se asocia con el sedentarismo al ser predominantemente el mayor consumo de tiempo libre en este grupo de pacientes siendo 32 de los 144 participante. Los datos de la ENSANUT de 2012 indican que en México alrededor del 59% de los niños y adolescentes de 10 a 18 años no realizan AF. De igual manera dichas estadísticas mencionan que aproximadamente un 60% de la población adulta a nivel mundial, no realiza actividad física suficiente. (40)

En cuanto al consume de tabaco en su mayoría los participantes no son tabaquistas con 139 encuestados y 5 que fuman de manera ocasional, contrario a otros estudios que marcan una

mayor prevalencia de tabaquismo en la población diabética, en un estudio prospectivo de tipo transversal en 163 pacientes diabéticos que asistieron a la consulta del Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN), para estudiar la prevalencia del tabaquismo, resultando que el hábito de fumar estuvo presente en el 59% de la población estudiada, por lo que en la mayoría de los pacientes que padecen de diabetes mellitus el tabaquismo es un importante factor de riesgo. (41)

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas la mayoría no consumen alcohol, 32 raramente y 4 de manera semanal y constante El consumo crónico de alcohol se considera un factor de riesgo potencial para la incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que causa resistencia a la insulina y disfunción de las células β pancreáticas, que es un requisito previo para el desarrollo de diabetes.(42).

Los participantes en cuanto a la educación sobre diabetes tiende más a no presentarse a las charlas sobre diabetes siendo que la mayoría ha asistido entre 1 y de igual manera la mayoría ocasionalmente busca de manera activa información sobre diabetes, esto es de poner interés ya que en diversos estudios se ha relacionado el conocimiento sobre diabetes con el cambio hacia estilos de vida saludable (43)

En el área de emociones evaluamos el enojo, tristeza y pesimismo sobre el futuro en los participantes mostrando que en su mayoría no tiende a presentar este tipo de emociones con regularidad pero que sin embargo el sexo masculino tiende a presentarse en los extremos más que el femenino. Al presentar pesimismo y sentimiento de tristeza, Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, por lo cual es de gran importancia conocer la comorbilidad entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida del individuo afectado.(44)

Al hablar de diabetes mellitus, hablamos de su tratamiento farmacológico y no farmacológico. No es infrecuente que los pacientes tengan mala adherencia a alguno o ambos tipos de tratamiento, ya sea por desconocimiento de los riesgos, por efectos secundarios de los fármacos o por obstáculos diversos que impiden el tratamiento no farmacológico. (45)

El tratamiento no farmacológico es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con Diabetes

Mellitus, incluyendo la hiperglicemia y la resistencia a la insulina. (46). resulta de especial importancia lograr los objetivos terapéuticos planteados y evitar las graves complicaciones asociadas a esta enfermedad, por lo que es crítico en estos pacientes conseguir una adecuada adherencia al tratamiento. (47)

Una adecuada adherencia terapéutica implica la participación activa, voluntaria y de colaboración de la persona en curso para producir un resultado óptimo en el tratamiento (48) En promedio, alrededor del 62.5% de la población tiene buena adherencia al tratamiento farmacológico, que se evidencia en no olvido de su medicamento, según otros estudios como Maidana-Lugo, El 13,4% de los pacientes reportó no cumplir, a veces cumplir o no recordar las indicaciones dadas por los prescriptores, siendo los motivos más frecuentes de la falta de cumplimiento seguimiento de recomendaciones médicas, (49) cumplimiento de una dieta para diabéticos y el esfuerzo realizado por mantener controlada su diabetes.

La falta de apego a los tratamientos tiene un elevado costo social, económico y laboral, porque se ha observado que los niveles más bajos de apego al tratamiento lo muestran los pacientes con enfermedades crónicas que no generan un riesgo potencial y no producen mayores síntomas; y de alguna manera, estos padecimientos requieren mayores cambios en el estilo de vida. (50)

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En base los resultados estudio realizado se puede concluir lo siguiente: hay una notable evidencia que con mayor frecuencia las personas del sexo femenino de entre las edades de 50 a 60 años son las que más asisten a consulta, esto puede deberse a que las mujeres muestran una mayor preocupación por su salud y al igual que las personas de entre las edades mencionadas, además se sabe que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 incrementa en este grupo etario por lo se puede hay una mayor número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre estas edades.

En cuanto a la dieta que ponen en práctica los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se evidenció que la mayoría consumen con mucha frecuencia frutas y verduras en su dieta diaria, con lo que podemos concluir que una parte muy significativa de la población siguen una alimentación saludable, ayudando a mantener buenos resultados en cuanto al manejo de la diabetes mellitus tipo 2 y un número muy bajo no sigue estas recomendaciones.

Un alto número de la población no realiza ejercicio físico, dando una calificación como insuficiente, ya que estudios mencionan que se debe realizar ejercicio físico durante al menos 30 minutos al día, durante 5 o más días a la semana, o en su defecto, la acumulación de breves períodos intermitentes para calificarlo como satisfactorio. Además, la mayoría de las personas que participaron en el estudio se encuentra entre las edades de 50-60 años, esto podría estar implicado a la dificultad que se presenta para realizar actividad física, con lo mencionado previamente se puede concluir que este grupo de la población tiene un alto riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares a futuros y a incrementar la mortalidad. Aunque se encontró un alto porcentaje de personas que no realizaban ejercicio físico, la mayoría realiza actividades físicas en casa, por lo que se puede considerar como un tipo de actividad física que puede contribuir a el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 y se puede clasificar como un buen habito, ya que solo una pequeña parte de los participantes refirió realizar hábitos sedentarios.

El consumo de alcohol y tabaco por sí mismo son factores de riesgo para desarrollar a largo plazo diabetes mellitus, entre otras enfermedades, sin embargo en la población estudiada solo 5 participantes son fumadores ocasionales de menos de una cajetilla diaria por lo cual en esta

área la mayoría de nuestra población mantiene un estilo de vida adecuado, no así en cuando al consumo de alcohol que si bien más del 50% no bebe ningún tipo de bebida alcohólica, 32 participantes beben de manera ocasional, mientras 4 lo hacen de manera semanal con el consumo promedio de 1 a 2 bebidas dando que esta parte de la población contiene consumo de alcohol como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones.

El área psicosocial juega un papel importante en el curso de la vida de los pacientes que padecen de diabetes mellitus más de lo que se suele pensar debido al impacto que esta enfermedad tiene en la vida de la persona así como el miedo y la incertidumbre al ser una enfermedad crónica que puede derivar en complicaciones que afecten la calidad de vida o incluso comprometer la vida del paciente, dentro de los resultados obtenidos en la investigación se puede concluir que son pacientes más propensos al enojo que la tristeza tomando en cuenta que la mayoría de participantes refiere sentirse triste pocas veces así como casi no tener pensamientos pesimistas sobre el futuro, sin embargo una pequeña población conlleva estas sentimientos negativos que son factores de riesgo para desarrollo de complicaciones.

En cuanto a la búsqueda de información y asistencia a charlas a pacientes diabéticos, en su mayoría los pacientes tienen bajo interés en conocer sobre su enfermedad tomando en cuenta que la mayoría 89 han asistido entre 1 y 3 charlas y 32 a ninguna y al preguntarle sobre si buscan información sobre su enfermedad 61 participantes lo hacen alguna vez y 53 casi nunca, indicando poco interés de parte de la población sobre conocer de la diabetes mellitus, que se vuelve contraproducente debido a que para lograr cambios adecuados en el estilo de vida se vuelve necesario que el paciente comprenda sobre su enfermedad y tenga interés en controlarla.

Contrario al preguntar por si realizan su máximo esfuerzo por mantener controlada su diabetes la mayoría de los participantes refiere que casi siempre lo realiza y ninguno contesto que casi nunca, datos que luego comienzan a cambiar cuando se les pregunto sobre la dieta para diabético, siendo uno de los pilares del tratamiento no farmacológico y que son las que reduce el nivel de glicemia y por ende el desarrollo temprano de complicaciones agudas y crónicas. Para el cumplimiento de la dieta 78 casi siempre cumplen con la dieta y 62 algunas

veces y solo 4 personas no suelen cumplir la dieta para diabético, teniendo un cumplimiento insuficiente por una parte importante de la población en cuanto a la alimentación.

Con lo anterior en el cumplimiento de indicaciones medicas la mayor parte de la población con 99 participantes siguen las indicaciones medicas casi siempre que pueden mientras 45 participantes lo hacen algunas veces, por lo cual hace falta comprensión por cierta parte de la población para que comprendan las indicaciones médicas y cumplan con ellas para conseguir un adecuado control metabólico.

A su vez la mayoría de la población tiene una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico pero que sin embargo una parte importante no logra la completa adherencia al tratamiento siendo que olvidan en ocasiones la toma y aplicación de este. Por lo cual falta reforzar la importancia del tratamiento en estos pacientes para evitar un fracaso en el tratamiento.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones están enfocadas en la población que padece diabetes mellitus tipo 2, pero también a la población en general que puede tener acceso a la información presentada.

Se recomienda practicar una dieta rica en frutas, verduras, frutos secos, semillas y legumbres, disminuir el consumo de alimentos ricos en grasa como las comidas rápidas y la mantequilla, y sustituir estas por grasas vegetales por ejemplo aceite de oliva, aceite de canola, aceite de soja, nueces/semillas y aguacate). Realizar actividad física entre las que se pueden mencionar: actividades aeróbicas, caminar, natación o aeróbic acuático, ejercicios en el sillón, levantamiento de pesas, yoga, ejercicios de flexibilidad. Además, se recomienda realizar actividad aeróbica de intensidad moderada como mínimo 30 minutos al día, durante 5 días a la semana, o actividad física aeróbica intensiva de 20 minutos como mínimo 3 días a la semana por semana o realizar actividades acumulativas para alcanzar los 30 minutos realizando series de 10 minutos o más. En caso de sobrepeso u obesidad realizar 60 a 90 minutos de actividad aeróbica moderada al día, de 6 a 7 días a la semana. Realizar durante el tiempo libre actividades como jardinería o tareas domésticas que impliquen estar en constante movimiento.

Informar sobre los peligros del alcohol y el tabaco y su relación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, así como el potencial de adicción y el daño a la salud mental y física de este tipo de sustancias.

Reforzar el tema de salud mental en la población con enfermedades crónicas no trasmisibles en especial con los pacientes diabéticos y enseñarles que se puede tener una calidad de vida igual que las personas no diabéticas al igual que derivar a atención psicológica a aquellas personas que muestres signo o síntomas de depresión para un abordaje integral del paciente.

Realizar charlas de manera lúdica a los pacientes e involucrarlos en el proceso de promoción de la salud para así generar interés de parte de la población y que estos conozcan más sobre su enfermedad y sepan cómo mejorar su estilo de vida. A su vez realizar las charlas en las áreas de espera de pacientes para evitar retrasar el flujo de consulta.

Hacer énfasis en la consulta de control de diabético sobre el tipo de dieta que se consume a diario y si ha hecho cumplimiento con las recomendaciones de la consulta anterior y que al

finalizar la consulta se asegure y de espacio al paciente de que ha entendido las indicaciones y si tienen dudas sobre la enfermedad.

Fijar con el paciente el horario en que debe tomar su medicación así como preguntar por molestias o efectos secundarios que puedan ser causa de abandono del tratamiento, a su vez en el caso de adultos mayores que cuenten con familiar que brinde apoyo, enseñarle sobre los horarios de sus medicamentos, o enseñar el uso del “pastillero” para organizar y facilitar la adherencia del tratamiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gómez P. Historia de la Diabetes Mellitus [Internet]. +Salud FacMed. 2020 [citado 5 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/historia-de-la-diabetes-mellitus/>
2. López-Carmona JM, Ariza-Andraca CR, Rodríguez-Moctezuma JR, Munguía-Miranda C. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública México. agosto de 2003;45(4):259-67.
3. Figueroa-Suárez ME, Cruz-Toledo JE, Ortiz-Aguirre AR, Lagunes-Espinosa AL, Jiménez-Luna J. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. Gac Médica México.
4. Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
5. Resultados relevantes encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de el salvador ENECA-ELS 2014-2015.
6. Gómez-Pérez R. Cambio en el estilo de vida en Diabetes tipo 2: una leyenda urbana. Rev Venez Endocrinol Metab. agosto de 2013;11(2):56-8.
7. Su equipo para el cuidado de la diabetes [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/resources/features/diabetes-care-team.html>
8. López-Carmona J, Rodríguez-Moctezuma J, Ariza-Andraca C, Martínez-Bermúdez M. Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. Aten Primaria. 2004;33(1):20-7.
9. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison's principles of internal medicine. 21st edition. New York: McGraw Hill; 2022. 1 p.

10. Casper D, Fauser A, Hauser S, editores. Harrison Principios de medicina interna. 19.a ed. Vol. 2. Estados unidos: McGraw Hill; 2015. 2545 p.
11. Baires DG. Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención.
12. Hamdy O, Ganda OP, Gabbay RA. Clinical Nutrition Guideline for Overweight and Obese Adults with Type 2 Diabetes (T2D) or Prediabetes, or Those at High Risk for Developing T2D.
13. Munshi M, Blair E, Ganda OP. Guideline for the Care of the Older Adult with Diabetes.
14. Colunga-Rodríguez C, García de Alba JE, González MÁ, Salazar-Estrada JG. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. Rev. Cuba Salud Pública. diciembre de 2008;34(4):0-0.
15. Piñate S, Diaz L, Contreras F. Educación terapéutica en pacientes con diabetes y trastornos emocionales. Rev. Digit Postgrado. 3 de enero de 2020;9(1): e202.
16. Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE, Angelucci-Bastidas L, Rondón-Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. Medicas UIS. agosto de 2021;34(2):29-39.
17. Goals for Glucose Control [Internet]. Joslin Diabetes Center. 2022 [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.joslin.org/patient-care/diabetes-education/diabetes-learning-center/goals-glucose-control>
18. Greene B. A lifestyle intervention or metformin prevented or delayed the onset of type 2 diabetes in people at risk. Evid Based Nurs. 1 de octubre de 2002;5(4):109-109.
19. Jordi Salas-Salvadó M y GMS -. El gran ensayo de campo nutricional PREDIMED. Nutr Clin EN Med. 1 de mayo de 2017;(1):1-8.

20. Hernández Ruiz de Eguilaz M, Batlle MA, Martínez de Morentin B, San-Cristóbal R, Pérez-Díez S, Navas-Carretero S, et al. Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *An Sist Sanit Navar*. agosto de 2016;39(2):269-89.
21. Joslin Diabetes Center [Internet]. 2023 [citado 13 de julio de 2023]. Afternoon Exercise Linked with Greater Improvements in Blood Sugar Levels for Patients with Type 2 Diabetes. Disponible en: <https://www.joslin.org/about/news-media/afternoon-exercise-linked-greater-improvements-blood-sugar-levels-patients-type-2>
22. Secretaría. Diabetes y tabaco: ¿Dónde estamos? [Internet]. *Revista Diabetes*. 2023 [citado 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/?p=104284>
23. Medicina General y de Familia. 2020 [citado 14 de julio de 2023]. Conocimiento y aplicación de las modificaciones del estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Disponible en: <https://mgyf.org/conocimiento-y-aplicacion-de-modificaciones-del-estilo-de-vida-en-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2/>
24. Calvo MAG, Flores MED, Pascual JCR. Cambios en la calidad de vida en pacientes diabéticos después de un programa de ejercicio. 2003;16(1).
25. Schmidt SK, Hemmestad L, MacDonald CS, Langberg H, Valentin LS. Motivation and Barriers to Maintaining Lifestyle Changes in Patients with Type 2 Diabetes after an Intensive Lifestyle Intervention (The U-TURN Trial): A Longitudinal Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. octubre de 2020;17(20):7454.
26. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol*. febrero de 2018;14(2):88-98.

27. Rosa JD la, Acosta M, Suárez P. ESTILOS DE VIDA Y SU INFLUENCIA EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA POBLACIÓN DE ESMERALDAS. ECUADOR. Univ Cienc Tecnol [Internet]. 2018 [citado 16 de julio de 2023];22(89). Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/29>
28. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: beneficios en el manejo crónico. Rev Medica Sinerg. 1 de febrero de 2021;6(2): e639.
29. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 health survey (cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995; 104:771---6.
30. Gálvez Galán I, Cáceres León MC, Guerrero-Martín J, López Jurado CF, Durán-Gómez N. Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. Enfermería Clínica (English Edition). septiembre de 2021;31(5):313-22.
31. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Departamento de Posgrado. Lima, Perú, Guevara Tirado A. Frecuencia de atenciones realizadas en el servicio de medicina general, según sexo, en el distrito de Villa El Salvador, Lima-Perú. Horizmed. 7 de julio de 2022;22(2): e1586.
32. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado 14 de septiembre de 2023]. Alimentación saludable para las personas con diabetes. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/resources/features/mediterranean-style-eating.html>
33. Durán Agüero S, Carrasco Piña E, Araya Pérez M. Alimentación y diabetes. Nutrición Hospitalaria. agosto de 2012;27(4):1031-6.

- 34.** Sanz París Á, Boj Carceller D, Melchor Lacleta I, Albero Gamboa R. Azúcar y diabetes: recomendaciones internacionales. *Nutrición Hospitalaria*. julio de 2013; 28:72-80.
- 35.** Ramírez JN. EFECTO DEL CONSUMO DE FIBRA EN LA DIETA DEL PACIENTE DIABÉTICO. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (600) 21- 23 2012*
- 36.** Hernández Rodríguez J, Domínguez YA, Mendoza Choqueticlla J. Efectos benéficos del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Endocrinología*. agosto de 2018;29(2):1-18.
- 37.** ¡Haga actividad física! | Viviendo con diabetes | Diabetes | CDC [Internet]. 2023 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/beactive.html>
- 38.** Press E. El 44% de los diabéticos son sedentarios [Internet]. Europa Press; 2018 [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-44-diabeticos-son-sedentarios-20180724120559.html>
- 39.** www.goredforwomen.org [Internet]. 2023 [citado 14 de septiembre de 2023]. Una vida saludable con diabetes. Disponible en:
<https://www.goredforwomen.org/es/health-topics/diabetes/prevention--treatment-of-diabetes/living-healthy-with-diabetes>
- 40.** Ramírez Moreno E. Sedentarismo, alimentación, obesidad, consumo de alcohol y tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2. *J Negat NO Posit RESULTS*. 1 de octubre de 2019;(10):1011-21.

41. Bello Díaz RE, Sang Luk E, González J, Paredes M. Prevalencia de tabaquismo en pacientes diabéticos. 1992 [citado 14 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/2065>
42. Kim SJ, Kim DJ. Alcoholism and Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J*. 17 de abril de 2012;36(2):108-15.
43. Pariona Rojas S. Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y los estilos de vida en los pacientes atendidos en el servicio de laboratorio del Hospital Municipal SJL 2017. Univ César Vallejo [Internet]. 2017 [citado 14 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/9112>
44. Pineda N, Bermúdez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M, et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2004;23(1):74-8.
45. Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A, Ramírez García MC, Anlehu Tello A, Rodríguez León A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horizonte sanitario*. diciembre de 2019;18(3):383-92.
46. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Departamento de Posgrado. Lima, Perú, Guevara Tirado A. Frecuencia de atenciones realizadas en el servicio de medicina general, según sexo, en el distrito de Villa El Salvador, Lima-Perú. *Horizmed*. 7 de julio de 2022;22(2): e1586.
47. Orozco-Beltrán D, Mata-Cases M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2016;48(6):406-20.

- 48.** Villalobos Rios MDC, Villalobos Carlos PD, Leguía-Cerna J. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Medica Hered.* julio de 2017;28(3):218-9.
- 49.** Maidana GM, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, et al. Factors determining non-compliance with drug therapy on diabetes patients. *Mem Inst Investig En Cienc Salud.* 10 de mayo de 2016;14(1):70-7.
- 50.** Amezcua-Macías A, Díaz-Greene EJ. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Medicina Interna de México.* 2015;

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA DE INVESTIGACIÓN: estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que consultan en USI San Antonio Abad, evaluado con cuestionario IMEVID, junio 2023.

Cuestionario dirigido a personas entre 20 y 65 años de edad, de ambos sexos, que consulten en la Unidad de Salud Intermedia San Antonio Abad.

Objetivo: Describir los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que consultan en la unidad de salud San Antonio Abad, en junio de 2023.

Indicaciones: conteste las preguntas del cuestionario de acuerdo con su criterio.

1. ¿Es usted hombre o mujer?
 - a) Hombre
 - b) Mujer
2. ¿Cuál es su edad?
 - a) 20 a 30 años
 - b) 30 a 40 años
 - c) 40 a 50 años
 - d) 50 a 60 años
 - e) Mayor de 60 años
3. ¿Con qué frecuencia come verduras?
 - a) Todos los días de la semana
 - b) Algunos días
 - c) Casi nunca

4. ¿Con qué frecuencia come frutas?
 - a) Todos los días de la semana
 - b) Algunos días
 - c) Casi nunca
5. ¿Cuántas piezas de pan come al día?
 - a) 0 a 1
 - b) 2
 - c) 3 o más
6. ¿Cuántas tortillas come al día?
 - a) 0 a 3
 - b) 4 a 6
 - c) 7 o más
7. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?
 - a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
8. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?
 - a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
9. ¿Come alimentos entre comidas?
 - a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
10. ¿Come alimentos fuera de casa?
 - a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente

11. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?
- a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
12. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio?
- a) 3 o más veces por semana
 - b) 1 a 2 veces por semana
 - c) Casi nunca
13. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?
- a) Casi siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Casi nunca
14. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?
- a) Salir de casa
 - b) Trabajos en casa
 - c) Ver televisión
15. ¿Fuma?
- a) No fumo
 - b) Algunas veces
 - c) Fumo a diario
16. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- a) Ninguno
 - b) 1 a 5
 - c) 6 o más
17. ¿Bebe alcohol?
- a) Nunca
 - b) Rara vez
 - c) 1 o más veces por semana

18. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?
- a) Ninguna
 - b) 1 a 2
 - c) 3 o más
19. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?
- a) 4 o más
 - b) 1 a 3
 - c) Ninguna
20. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?
- a) Casi siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Casi nunca
21. ¿Se enoja con facilidad?
- a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
22. ¿Se siente triste?
- a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
23. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?
- a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
24. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?
- a) Casi siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Casi nunca

25. ¿Sigue dieta para diabético?
- a) Casi siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Casi nunca
26. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?
- a) Casi nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
27. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?
- a) Casi siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Casi nunca

Total de puntos: _____

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

N° _____ Nombre del Establecimiento: UDS I SAN ANTONIO ABAD

OBJETIVO: Describir los estilos de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que consultan en la unidad de salud San Antonio Abad, en junio de 2023.

Los resultados de esta investigación podrán ser utilizados posteriormente para la elaboración de estrategias que ayuden a un mejor manejo de las enfermedades crónicas en el sistema de salud.

El equipo investigador se compromete a mantener la confidencialidad de la información resultante de las encuestas y del cuestionario además los datos obtenidos no serán asociados a su identidad, ni se compartirá información confidencial, y que solamente se compartirá los resultados con fines educativos en lo referente a la investigación desarrollada.

Declaro que me fue leído y explicado los objetivos, el procedimiento a realizar y los posibles beneficios a obtener con el estudio, de forma clara y suficiente. Por lo tanto, en mi condición de participante declaro estar de acuerdo en colaborar de forma voluntaria en esta investigación, y rehusarme a contestar alguna pregunta de la encuesta, sin que esto tenga consecuencias negativas a mi persona.

Lugar y Fecha: SAN SALVADOR, _____

Firma del investigador: _____

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

ANEXO 3: TABLAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA

Tabla 1: Frecuencias de edad y sexo de la población

Edad	Masculino	Femenino
20 A 30 AÑOS	5	1
30 A 40 AÑOS	10	6
40 A 50 AÑOS	8	28
50 A 60 AÑOS	18	31
>60 AÑOS	16	21
TOTAL	57	87

Tabla 2: Consumo de frutas y verduras por edad

Edad	Verduras			Frutas		
	Todos los días	Algunos días	Casi nunca	Todos los días	Algunos días	Casi nunca
20 A 30 AÑOS	2	3	1	2	3	1
30 A 40 AÑOS	7	8	1	9	6	1
40 A 50 AÑOS	21	15	0	21	14	1
50 A 60 AÑOS	20	29	0	17	29	3
>60 AÑOS	13	24	0	11	23	3
TOTAL	63	79	2	60	75	9

Tabla 3: Consumo de pan

Pan	Frecuencia
0 a 1	52
2	77
3 o más	15
TOTAL	144

Tabla 4: Consumo de tortilla

Tortilla	Frecuencia
0 a 3	113
4 a 6	30
7 o más	1
TOTAL	144

Tabla 5: Consumo de azúcar y sal añadidos

Edad	Azúcar			Sal		
	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
20 A 30 AÑOS	2	2	2	5	1	0
30 A 40 AÑOS	5	10	1	4	11	1
40 A 50 AÑOS	18	18	0	9	23	4
50 A 60 AÑOS	22	27	0	14	32	3
>60 AÑOS	24	13	0	15	19	3
TOTAL	71	70	3	47	86	11

Tabla 6: Consumo de alimentos entre comidas

Consumo de alimentos entre comidas	Frecuencia
Casi nunca	80
Algunas veces	63
Frecuentemente	1
TOTAL	144

Consumo alimentos fuera de casa	Frecuencia
Casi nunca	87
Algunas veces	48
Frecuentemente	9
TOTAL	144

Tabla 8: Pide que le sirvan más comida después de comer

Consume alimentos fuera de casa	Frecuencia
Casi nunca	118
Algunas veces	26
Frecuentemente	0
TOTAL	144

Tabla 9: Frecuencia con que realiza al menos 15 minutos de ejercicio

Edad	≥15 minutos de ejercicio		
	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca
20 A 30 AÑOS	1	1	4
30 A 40 AÑOS	4	6	6
40 A 50 AÑOS	7	17	12
50 A 60 AÑOS	4	11	34
>60 AÑOS	3	4	30
TOTAL	19	39	86

Tabla 10: Realiza actividades fuera del trabajo

Actividades fuera del trabajo	Frecuencia
Casi siempre	41
Algunas veces	81
Casi nunca	22
TOTAL	144

Tabla 11: Uso del tiempo libre

Uso del tiempo libre	Frecuencia
Salir de casa	23
Trabajos en casa	89
Ver televisión	32
TOTAL	144

Tabla 12: Consumo de cigarro

Fuma	No fuma	139
	Algunas veces	5
	A diario	0
Número de cigarrillos	Ninguno	139
	1 a 5	5
	6 o más	0

Tabla 13: Consumo de alcohol

Bebe alcohol	Nunca	108
	Rara vez	32
	1 o más veces por semana	4
Cantidad de bebidas alcohólicas	Ninguna	107
	1 a 2	34
	3 o más	3

Tabla 14: Número de charlas para diabéticos a las que ha asistido

Charlas para diabéticos a las que ha asistido	Frecuencia
4 o más	23
1 a 3	89
Ninguna	32
TOTAL	144

Tabla 15: Búsqueda de información sobre su enfermedad

Busca información	Frecuencia
Casi siempre	30
Algunas veces	61
Casi nunca	53
TOTAL	144

Tabla 16: Cambios emocionales (enojo, tristeza, pesimismo)

Sexo	Se enoja fácilmente			Se siente triste			Tiene pensamientos pesimistas		
	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
HOMBRES	14	40	3	43	10	4	48	5	4
MUJERES	29	55	3	72	15	0	78	9	0
TOTAL	43	95	6	115	25	4	126	14	4

Tabla 17: Esfuerzo para mantener control de la diabetes, dieta y acatamiento de indicaciones médicas

Sexo	Intenta controlar su enfermedad			Sigue dieta para diabético			Sigue instrucciones médicas		
	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
HOMBRES	37	20	0	24	30	3	36	21	0
MUJERES	71	16	0	54	32	1	63	24	0
TOTAL	108	36	0	78	62	4	99	45	0

Tabla 18: Olvido de toma de medicamento

Sexo	Olvida tomar su medicamento		
	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
HOMBRES	33	23	0
MUJERES	43	44	0
TOTAL	76	67	0