



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SOBREPESO
U OBESIDAD**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE ÁLVAREZ LÓPEZ
NÚMERO DE CUENTA: 1122467

ASESOR

DRA. ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA

Toluca, México, Marzo de 2016.

ÍNDICE

RESUMEN	7
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: DIABETES, OBESIDAD Y SOBREPESO	13
1.1 Concepto de diabetes	13
1.1.1 Clasificación de la diabetes	14
1.2 Concepto de sobrepeso y obesidad	17
1.2.1 Clasificación de la obesidad	18
1.2.2 Medias antropométricas para determinar sobrepeso u obesidad.	19
1.3 Factores de riesgo de la obesidad y la diabetes	22
1.3.1 Causas y factores de riesgo de la obesidad	22
1.3.2 Causas y factores de riesgo de la diabetes	24
1.3.2.1 Factores ambientales de la diabetes	27
1.4 Diabetes, sobrepeso y obesidad en México como un problema social	28
CAPÍTULO II: HÁBITOS DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON OBESIDAD Y SOBREPESO.	33
2.1 Concepto de hábitos de vida	33
2.2 Concepto de calidad de vida	35
2.2.1 Indicadores de calidad de vida	38
2.2.2 La teoría de Orem: Autocuidado...	39
2.2.2.1 Hábitos de salud en pacientes diabéticos	41
2.3 Relación entre hábitos de vida y calidad de vida en personas con diabetes y obesidad o sobrepeso.	43
CAPITULO III: MÉTODO	47
3.1 Tipo de estudio o investigación	47

3.2 Planteamiento del problema o problema de investigación.	47
3.3 Definición de variables	48
3.4 Planteamiento de la Hipótesis	51
3.5 Definición del universo de estudio	51
3.6 Definición de la muestra	52
3.7 Selección y/ o diseño de instrumentos.	52
3.8 Diseño de la investigación	53
3.9 Captura de la información	53
3.10 Procesamiento de la información	54
3.11 Prueba de hipótesis	54
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
ANÁLISIS DE RESULTADOS	59
CONCLUSIONES	63
SUGERENCIAS	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
APÉNDICE	79

RESUMEN

La obesidad y la diabetes son enfermedades que afectan a gran parte de la población Mexicana, son de las problemáticas de salud más presentes y de mayor costo. Los hábitos de vida se ven vinculados a la obesidad y al sobrepeso; así mismo existe una comorbilidad entre la obesidad y la diabetes pues la obesidad es un predisponente para desarrollar diabetes tipo 2.

El objetivo del presente estudio fue buscar la relación entre la calidad de vida y los hábitos de vida en pacientes diabéticos y con obesidad o sobrepeso. Se realizó la aplicación de dos instrumentos: *“Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad”* que mide hábitos de vida, es de origen español, creado por Pardo, Ruiz, Jódar, Garrido, De Rosendo y Usán (2004). Y otro *“Diabetes 39”* que mide calidad de vida, creado por Boyer y Earp (1997). Ambos instrumentos han sido validados en población mexicana.

El tipo de muestra fue no probabilística intencional, los participantes fueron 97 pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticada y con obesidad o sobrepeso dentro de la Unidad de Atención al Diabético, ubicada en San Gaspar Tlathuelilpan, en el municipio de Metepec, en el Estado de México.

Para el análisis de la información se usó el programa estadístico SPSS v19, obteniendo estadísticos descriptivos como frecuencias porcentajes, medias y desviaciones estándar, así como estadísticos de tipo inferencial paramétricos, específicamente r de Pearson y t de student para muestras relacionadas, probando la hipótesis a un nivel de significancia $\leq .05$.

La edad de los pacientes fluctuó entre 25 a 85 años, dentro de la muestra predominan las mujeres con una frecuencia de 66 y una frecuencia de 31 para los hombres.

Los resultados muestran una correlación negativa baja entre las variables calidad de vida y hábitos de vida. Además se realizó un análisis comparativo con respecto a la calidad de vida (CV) y la calidad de vida percibida (CVP) existiendo diferencia entre estas variables.

Lo que permite concluir que los hábitos de vida no están completamente relacionados a la calidad de vida, sobre todo porque la calidad de vida medida es diferente a la calidad de vida percibida.

PRESENTACIÓN

El sobrepeso, la obesidad y la diabetes son enfermedades que están en notable crecimiento dentro de la población mexicana, además la alimentación, la falta de actividad física son impulsores para que se desarrollen; es por ello que la presente investigación se centró en pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad con la finalidad de buscar la relación entre los hábitos de vida y la calidad de vida de ésta población.

Cuenta con dos capítulos, en el primero se describen los conceptos de sobrepeso y obesidad así como de diabetes, además se realiza la clasificación de los tipos de diabetes de acuerdo a organismos internacionales como la OMS y la FID y la clasificación de obesidad de acuerdo a las Normas Mexicanas y a la OMS. También se agregó una descripción del panorama de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad en México como un problema social.

El segundo capítulo cuenta con los conceptos de calidad de vida y los hábitos de vida, además se refieren los indicadores de la calidad de vida, se incluyó la teoría de Dorotea Orem como parte de la calidad de vida de las personas enfermas. Por último se realizó una descripción de la relación entre la calidad de vida y los hábitos de vida de los pacientes diabéticos con sobrepeso u obesidad.

En los apartados siguientes se menciona la metodología que se usó para desarrollar este estudio, como el tipo de investigación que fue correlacional y de corte cuantitativo, los instrumentos que se aplicaron, la definición conceptual y operacional de las variables, el planteamiento de la hipótesis, además del tipo de muestra.

Posteriormente se presentan los resultados de correlación entre las variables para toda la población y por sexo. Se muestran el análisis de los resultados,

así como las conclusiones y algunas sugerencias para investigaciones futuras, como realizar otros análisis con los datos que se obtuvieron.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y de progresión lenta. Hablar de enfermedades crónicas es igual que hablar de enfermedades no transmisibles, ya que éstas no se transmiten de persona en persona. Hay cuatro tipos de enfermedades no transmisibles y son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, (OMS, 2015a; OMS, 2016).

Organismos internacionales mencionan que el cambio en los hábitos alimentarios y en el estilo de vida de las personas han hecho que las enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer) sean causa de discapacidad y muerte prematura tanto en países en desarrollo como en vías de desarrollo y suponen cargas en los presupuestos sanitarios ya sobrecargados (OMS y FAO, 2003).

En México, por ejemplo, dentro de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), se muestra que la diabetes y la obesidad van en aumento y se estima que para 2020 el porcentaje haya aumentado considerablemente basándose en el diagnóstico médico previo de diabetes.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), existen riesgos para contraer enfermedades crónicas, tales riesgos incluyen factores conductuales (como el régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), factores biológicos como dislipidemia, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y factores sociales que incluyen el entorno en el que se desenvuelven las personas, como la cultura, los parámetros socioeconómicos, entre otros.

Con respecto a esto Guzmán, Castillo y García (2010), describen que en el desarrollo de una enfermedad la persona debe de estar expuesto al agente

patogénico y para que se desarrolle la enfermedad depende del grado de vulnerabilidad a la que se expone el sujeto. Al asociarse con la obesidad se relacionan los hábitos de salud (como la dieta, el consumo tabaco y alcohol, la práctica deportiva y las horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (los niveles de estrés) y lo social (como el apoyo de la familia) de cada individuo.

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades multifactoriales, que están en crecimiento dentro de la población mexicana, también son factores determinantes en la presencia de diabetes tipo 2, es importante conocer si estas enfermedades afectan la calidad de vida de las personas que las padecen en relación con sus hábitos de vida.

Es por ello que esta investigación tuvo como objetivo encontrar la relación que tienen los hábitos de vida con la calidad de vida de personas con diabetes tipo 2 y que presentan sobrepeso u obesidad.

Con esto pretende generar nuevos conocimientos sobre esta relación en las enfermedades ya mencionadas y de ésta forma podrá ser un nuevo referente para investigaciones futuras.

CAPÍTULO I. DIABETES, OBESIDAD Y SOBREPESO

La diabetes, la obesidad y el sobrepeso son problemas de salud pública que afectan a gran parte de la población mexicana. En este capítulo se abordan los conceptos de diabetes, obesidad y de sobrepeso, así como los distintos tipos de estas enfermedades crónicas.

De igual forma se integran las causas que las generan y los factores de riesgo latentes dentro de la población mencionados por distintos autores en sus investigaciones y de organizaciones a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de la Diabetes (FID).

Además se incluyen los distintos índices que son de ayuda para calcular la obesidad y el sobrepeso como el índice de Masa Corporal (OMS) y el índice Cintura Cadera (ICC).

1.1 Concepto de diabetes

Desde 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) definía a la diabetes como un trastorno metabólico que tiene causas diversas; caracterizándose por una hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de las anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos.

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) la diabetes es definida como una enfermedad crónica que involucra un grupo heterogéneo de desórdenes que alteran la producción y utilización de la insulina por el organismo.

Posteriormente la OMS (2015b), menciona que esta enfermedad aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Lo que permite observar que efectivamente la diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por la modificación en la producción y uso de la insulina en el organismo, lo cual puede causar daños en los órganos y sistemas de quienes la padecen.

1.1.1 Clasificación de la diabetes

Para la clasificación de la diabetes la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015b) coinciden al hacer mención de tres tipos de diabetes (Tabla 1.)

Tabla 1. Clasificación de Diabetes

Tipo de diabetes	FID (2013)	OMS (2014)
Diabetes tipo 1	Es causada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Como resultado, el cuerpo ya no puede producir insulina que necesita. Las personas con este tipo de diabetes, pueden llevar una vida	Anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil; se caracteriza por una producción deficiente de insulina. Generalmente se presenta en la niñez o en la adolescencia, y los pacientes necesitan inyecciones de insulina

normal y saludable a través de diarias durante toda la una combinación de terapia de vida.

insulina diaria, vigilancia estrecha del tratamiento, una dieta saludable y ejercicio físico regular.

Diabetes tipo 2

Este tipo de diabetes es la más común; por lo general ocurre más en adultos, pero cada vez más aparece en adolescentes y niños el cuerpo puede producir insulina pero, o bien esto no es suficiente o el cuerpo no puede responder a sus efectos, dando lugar a una acumulación de glucosa en la sangre. El número de personas con este tipo de diabetes está creciendo rápidamente por el mundo. Este aumento está asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida

Llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto, tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la falta de ejercicio físico. Aparece por lo general en la etapa adulta de la vida y está relacionada con la obesidad, la inactividad física y la alimentación mal sana. Es la forma más común de diabetes y el tratamiento puede consistir en cambios del modo de vida y baja de peso, medicamentos orales o incluso inyecciones de insulina.

Diabetes Gestacional La padecen las mujeres que corresponde a una desarrollan una resistencia a la hiperglucemia que se insulina, y por tanto, una alta detecta por primera vez glucosa en la sangre durante el embarazo. La diabetes gestacional tiende a ocurrir tarde en el embarazo, por lo general alrededor de la semana 24. La condición se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, probablemente por las hormonas producidas por la placenta, provocando insensibilidad a la insulina (también conocida como resistencia a la insulina).

Por otra parte Di Iorgi, Napoli, Allegri, Oliveri, Bertelli, Gallizia, Rossi, Maghnie (2012), hacen mención de un tipo más de diabetes que se presenta tanto en niños como en adultos: la diabetes insípida, describiéndola como una enfermedad en la que grandes volúmenes de orina diluida se excretan debido a la vasopresina, la deficiencia, la resistencia, o la ingesta excesiva de agua. Esto significa que el equilibrio entre la cantidad de líquido consumido no corresponde al volumen de excreción de orina. Los pacientes con diabetes insípida orinan demasiado y, es necesario beber muchos líquidos para reemplazar los perdidos.

De acuerdo a lo ya escrito y como lo mencionan los autores citados en el párrafo anterior, no se debe confundir la diabetes insípida con los otros tipos de diabetes, conocidos como diabetes mellitus. Según se ha referido, ésta es una

enfermedad diferente, causada por una ausencia (DM1) o falta de respuesta o una reacción deficiente de (DM2) a la hormona insulina y puede manifestarse durante el embarazo (DMG). Descrito de otra forma, la diabetes insípida puede ser causada por la diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 y presentarse en la diabetes gestacional.

1.2 Concepto de sobrepeso y obesidad

A pesar de que los términos sobrepeso y obesidad suelen usarse de forma indiferente, de acuerdo con Sánchez, Pichardo y López (2004), el sobrepeso se relaciona con una condición de exceso de peso corporal comparado con la talla y, la obesidad se identifica con el exceso de grasa.

Por otro lado, Moreno y Marín (2009; citados por De Domingo y López, 2014), proporcionan una definición más amplia y concisa de la obesidad, indicando que es una enfermedad multifactorial, crónica y recidivante, fruto de la interacción entre genotipo y ambiente, caracterizada por el almacenamiento excesivo de grasa en el tejido adiposo, que pone en peligro la salud y la expectativa de vida de la persona que la padece.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 (2000), Para el manejo integral de la obesidad se menciona que, la obesidad y el sobrepeso son una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud.

Hay que mencionar además que la Organización Mundial de la Salud (2015c), define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo o grasa que son perjudiciales para la salud.

Esto lleva a inferir que el sobrepeso y la obesidad son enfermedades determinadas por el exceso de tejido adiposo en el organismo, convirtiéndose en factores de riesgo para sufrir numerosas enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y el cáncer. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

1.2.1 Clasificación de la obesidad

De acuerdo a su origen, la Secretaría de Salud (2010) menciona que la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena. Este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo). Es un tipo de obesidad causada por problemas internos, debido a ellos las personas no pueden perder peso (incluso lo aumentan) aun llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física.

En cuanto a la obesidad exógena indica que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios, en otras palabras, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, sino que es provocada por los hábitos de cada persona.

Por su parte Bouchard (1991), menciona que en la comunidad científica se acepta una clasificación de obesidad en 4 categorías atendiendo a criterios relacionados con la distribución de los depósitos de grasa:

La obesidad tipo I, se caracteriza por el exceso de grasa corporal total sin que se produzca una concentración específica de tejido adiposo en alguna región corporal.

La obesidad tipo II, caracterizada por el exceso de grasa subcutánea en la región abdominal y el tronco. La obesidad tipo II tiene mayor incidencia en varones, y suele asociarse con altos niveles de colesterol tipo LDL. Esta situación aumenta el riesgo de aparición de alteraciones cardiovasculares y otras enfermedades asociadas.

La obesidad tipo III, menciona que se caracteriza por el exceso de grasa víscero-abdominal.

Y por último la obesidad tipo IV, determinada por el exceso de grasa glúteo-femoral. La obesidad tipo IV es más común en mujeres, resultando fundamental atender a situaciones críticas en las que se producen cambios determinantes en el organismo, como el ciclo reproductivo o embarazos repetidos, ya que dichas situaciones pueden favorecer un acumulo substancial de grasa en estos depósitos.

1.2.2 Medidas antropométricas para determinar sobrepeso u obesidad

Han, Van Leer, Seidell y Lean (1995), mencionan que el índice de relación cintura-cadera, así como la circunferencia de la cadera y el Índice de Masa Corporal pueden ser utilizados para identificar las secciones de la población con mayor riesgo para contraer enfermedades crónicas.

Para establecer si se presenta sobrepeso u obesidad y el tipo de obesidad en una persona, existen diversos índices que permiten determinar cuál es el tipo de obesidad que se manifiesta o si es sobrepeso. Diversos autores y organismos internacionales mencionan algunos de ellos:

Plicometría o medición de los pliegues cutáneos: la medida de los pliegues cutáneos se realiza con un lipocalibrador de presión constante (10g/mm^2), con precisión de 0.2mm; quien lo realiza ya sea un médico o nutriólogo debe de

tener experiencia en el uso de esta técnica. Los pliegues más utilizados son el subescapular y el tricípital, junto con el suprailíaco y el bicipital. Ésta técnica de medida debe ajustarse a un procedimiento estandarizado (Alonso y Redondo, 2002).

Otra medida es la relación cintura-cadera, ésta medida permite clasificar a la persona obesa y marca un factor pronóstico en cuanto a morbilidad. Es un indicador de la distribución de grasa corporal y puede distinguir los dos patrones entre la distribución tipo androide con predominio de la grasa en la parte superior del tronco, y la de tipo ginecoide con predominio de grasa en las caderas (Wang, Heshka & Pierson, 1995).

De acuerdo con el Diario Oficial de la Federación (2000) el exceso de grasa visceral es un factor de riesgo para las enfermedades crónico-degenerativas. El índice de relación cintura-cadera se determina mediante la siguiente fórmula:

$$\text{ICC} = \text{circunferencia de cintura en cm} / \text{circunferencia de cadera en cm.}$$

Basándose en el índice de relación cintura-cadera, se pueden clasificar dos tipos de obesidad más debido a que la relación cintura cadera es una medida que ayuda a realizar una valoración de la composición corporal, y de acuerdo a ésta la obesidad se puede clasificar en dos, de tipo androide y de tipo ginecoide. Balderas y Balderas (2015), mencionan que la obesidad de tipo androide o central, la cual se caracteriza por la acumulación de grasa en el tronco y el abdomen, con un valor de ICC >1.0 en hombres y >0.85 en mujeres y, la obesidad de tipo ginecoide o periférica que distribuye la grasa en el área gluteofemoral, con valores de ICC mayores que los ya señalados por cada sexo.

Por su parte la OMS (2015), menciona al Índice de Masa corporal (IMC) como una medida para calcular el sobrepeso y la obesidad pues es un indicador de

relación entre el peso y la talla. Éste se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos, por el cuadrado de su talla en metros (Kg/m^2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

La OMS, clasifica el peso con relación al Índice de Masa Corporal en: bajo peso, peso normal, sobrepeso y tres tipos de obesidad. (Tabla 2.)

Tabla 2. Clasificación del peso en relación al IMC de acuerdo a la OMS

Estadio	IMC (Kg/m²)	Clase de obesidad
Bajo de peso	< 18.5	
Normal	18.5-24.9	
Sobrepeso	25-29,9	
Obesidad	30- 34,9	I
Obesidad	35-39,9	II
Obesidad mórbida	≥ 40	III

Dentro de la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, hace referencia que la obesidad se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2 . En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

De igual modo el sobrepeso es caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m^2 y menor a 29.9 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m^2 y menor a 25 kg/m^2 . En menores de 19

años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Además establece que la estatura baja es de 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto.

A pesar que dentro de ésta norma se mencionan los lineamientos para establecer el sobrepeso o la obesidad en la población mexicana, en el sector salud dentro de las cartillas de salud se encuentra la clasificación del peso en relación al IMC establecido por la OMS; para este estudio se hizo uso de ésta misma clasificación para determinar el peso de los casos.

1.3 Factores de riesgo de la obesidad y la diabetes

La OMS (2015) menciona que un IMC elevado es factor de riesgo para contraer enfermedades no transmisibles como cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos del aparato locomotor, obesidad y diabetes mellitus.

1.3.1 Causas y factores de riesgo de la obesidad

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades con causas multifactoriales; Balderas y Balderas (2015) indican que dentro de los factores que dan origen a la obesidad y al sobrepeso se pueden encontrar los factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales, sin embargo la sobrealimentación constituye la primera causa de obesidad.

Dentro de los factores genéticos los mismos autores describen que aún no se ha encontrado el marcador genético específico de la obesidad (con excepción de las funciones del gen FTO aún imprecisas). El genotipo tiene mayor influencia sobre la grasa visceral en comparación con el tejido adiposo subcutáneo. Además mencionan que, se ha descubierto una proteína producida por el tejido

adiposo, denominada proteína ob o leptina, que podría tener un nivel regulador del apetito y la actividad física en el plano hipotalámico.

Sin embargo mencionan que solo un porcentaje entre 2% y 3% de las personas tiene como causa alguna alteración de origen endocrinológico; siendo los que destacan el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, hipogonadismo, ovario poliquístico y lesiones hipotalámicas.

El gen FTO, tiene una relación estrecha con el desarrollo de obesidad, los autores Gerken, Girard, Tung, Webby, Saudek, Hewitson, Yeo, McDonough, Cunliffe, McNeill, Galvanovskis, Rorsman, Robins, Prieur, Coll, Ma, Jovanovic, Farooqi, Sedgwick, Barroso, Lindahl, Ponting, Ashcroft, Rahilly, Schofield (2007) realizaron una investigación en la cual dedujeron que las variantes en el FTO (masa grasa y la obesidad asociada) de genes se asocian con un mayor índice de masa corporal en los seres humanos”, mostrando cómo el comportamiento de distintos genes, entre ellos el FTO, se asocian a la obesidad en niños y adultos.

En cuanto a los factores ambientales y sociales, sobresalen el aumento en la ingestión del alimento con grandes cantidades de contenido calórico y la reducción de la actividad física.

Para esto la OMS (2015) menciona que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Además que en el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes; y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

Y agrega que a menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en los diferentes sectores como salud; agricultura; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.

1.3.2 Causas y factores de riesgo de la diabetes.

Las causas que generan la diabetes son múltiples y variadas, sin embargo depende del tipo de diabetes que se presente, para esto López y Ávalos (2013) señalan que, la causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí y llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas en las que se desarrolla. Además existen elementos predisponentes presentes que facilitan la entrada y el desarrollo de la enfermedad como lo es la herencia.

En la mayoría de los países, la diabetes ha aumentado en conjunto con los rápidos cambios culturales y sociales: el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y las conductas no saludables (OMS 1994), siendo éstos algunos de los factores causantes del desarrollo de ésta enfermedad.

Dentro del atlas de la diabetes (2013), se menciona la causa de dos tipos de diabetes, la tipo 1 es provocada por una reacción autoinmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta encargadas de producir la insulina en el páncreas y como resultado se obtiene que el cuerpo ya no puede producir la insulina que necesita.

La diabetes tipo 2 es más compleja ya que el cuerpo si produce insulina, sin embargo éste tipo de diabetes se genera a partir de los estilos de vida, los

hábitos de alimentación, la falta de ejercicio físico así como la presencia de obesidad.

En tanto la diabetes insípida los autores Mata y Camacho (2015), dan una explicación de su causa; la vasopresina u hormona antidiurética (ADH) se produce en las células del hipotálamo (ubicado en el cerebro) y se almacena y secreta en otra parte del cerebro, la llamada glándula pituitaria posterior. A continuación, la hormona antidiurética se moviliza al torrente sanguíneo donde provoca que los túbulos de los riñones absorban el agua. El agua que no puede absorberse se elimina del cuerpo en forma de orina. La disminución de las secreciones de vasopresina produce menor absorción de agua y mayor formación de orina. Cuando la vasopresina está presente en cifras normales, se absorbe más agua y se produce menos orina.

Torres, Sandoval y Pando (2005) mencionan que, en el paciente con diabetes la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre los que se destacan el control de la dieta y el peso corporal; entre otros se encuentran las emociones negativas y la decisión de *Dios*, las cuales no son considerados evitables pero si controlables, mientras que la herencia biológica y el ambiente social, no pueden ser evitados ni controlados.

Además mencionan también que, el consumo de productos considerados nocivos para la salud, tales como son los refrescos (gaseosas), las bebidas alcohólicas, diferentes formas de dulces y comer demasiado como fuentes causales de diabetes.

Tanto para la diabetes tipo 1 como para la diabetes tipo 2, las evidencias sugieren que la resistencia a la insulina, es resultado de la presencia de sobrepeso y obesidad y afecta al metabolismo en la producción y asimilación de la hormona (Wilkin, 2001).

La Federación Internacional de la Diabetes en el Atlas Internacional de Diabetes (2013), menciona de forma general las causas de la diabetes tipo I y II:

En el caso de la diabetes tipo 1, suele desarrollarse repentinamente y es causada por una reacción auto inmune, en la que el sistema de defensa del cuerpo ataca las células beta productoras de insulina en el páncreas. Los casos de diabetes de éste tipo está aumentando en el mundo y las causas aún no están claras, pero puede deberse a cambios en factores de riesgo medioambientales, sucesos tempranos en el útero, la dieta en los primeros años de vida o a infecciones virales.

Algunos de los síntomas que se presentan son:

- Sed anormal y sequedad de boca
- Micción frecuente
- Falta de energía, cansancio extremo
- Hambre constante
- Pérdida repentina de peso
- Heridas de cicatrización lenta
- Infecciones recurrentes
- Visión borrosa

Por otra parte, el número de personas con diabetes tipo 2 está creciendo rápidamente en todo el mundo y a pesar de que aún no se conocen con exactitud las causas de su desarrollo, éste crecimiento puede estar asociado al desarrollo económico, el envejecimiento de la población, la creciente urbanización, los cambios en la dieta, la poca actividad física y los cambios en otros patrones de estilo de vida (OMS, 1994).

La Federación Internacional de la Diabetes (2013) menciona varios factores de riesgo importantes. Por ejemplo:

- La obesidad
- La mala alimentación
- La inactividad física
- La edad avanzada
- Los antecedentes familiares de diabetes
- El grupo étnico
- Alta glucosa en sangre durante el embarazo que afecta al feto.

Otra de las causas que influyen para que se desarrolle la diabetes son los factores genéticos y ambientales; entre los factores genéticos causales de la diabetes tipo 1 se pueden encontrar que, en los pacientes con diabetes tipo 1 su causa es de acuerdo a los genes hereditarios que se presentan, hay un claro incremento en el riesgo en gemelos idénticos.

Las personas tienen cierta predisposición a la diabetes (para los dos tipos) y depende según Mainous, Díaz, Everett (2007) de la edad, la herencia, y de qué tanto se expongan a ciertos factores ambientales para que la enfermedad se desarrolle.

1.3.2.1 Factores ambientales de la diabetes

Los pacientes diabéticos inician sus manifestaciones después de exponerse a un estrés intenso; tal vez esto se deba a la descarga hormonal que acompaña a estas exposiciones, acontecimientos como asaltos, robos, accidentes, etc. (Lifshitz, 2008).

El micro ambiente en el que se desarrolla el feto también puede influir, a juzgar por el hecho que los individuos que sufren desnutrición intrauterina, identificada por el bajo peso al nacer, baja talla o bajo peso de la placenta tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta (Mainous, Díaz y Everett, 2007).

Lifshitz (2008), enlista algunos de los factores ambientales que son causa de diabetes tipo 2:

Edad mayor de 45 años

Obesidad o sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 kg/m²)

Familiares de primer grado con diabetes

Pertenencia a un grupo étnico de alta prevalencia

Bajo peso al nacer

Sedentarismo

Exceso de alimentos energéticos (Grasas, azúcares)

Exceso de alimentos con alto índice glucémico y bajos en fibras

Antecedente de diabetes gestacional o de recién nacidos macrosómicos

Hipertensión arterial

Hipertrigliceridemia

Intolerancia a la glucosa o glucemia anormal en ayunas

1.4 Diabetes, sobrepeso y obesidad en México como un problema social

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2012), mencionaba en que al menos en el 2010 el 30% de la población en México era obesa; posteriormente en 2014 y reportando datos del año 2012 menciona que más de uno de cada tres adultos en México es obeso y la cifra ha ido creciendo de manera más rápida a comparación de otros países.

La Federación Internacional de Diabetes (2013), menciona que México es uno de los principales países con mayor ocurrencia de diabetes en el mundo. En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo 2.

Respecto a la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes por entidad federativa, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) se observó que las prevalencias más altas se identifican en el Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Estado de México, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. De igual manera muestra que las prevalencias más altas de diabetes se presentaron en los grupos de 50 a 69 años y, a partir del 2006 se observó un aumento en el grupo de 40 a 49 años.

La Asociación Americana de Diabetes (2012), describe que la diabetes tipo 2 representa un reto en cuanto a su prevención, detección y control. Es una enfermedad crónico-degenerativa, y una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo que requiere atención permanente. Las complicaciones a corto y largo plazo demandan atención médica y tratamientos especializados, lo que implica que su atención conlleve costos abrumadoramente altos.

La diabetes mellitus es el trastorno endócrino más común. En muchos países representa un gran problema de salud por su repercusión sobre la calidad de vida de los individuos afectados por esta enfermedad y el alto costo de su atención. Afecta a personas de todas las edades, sin distinción de raza o nivel socioeconómico. (Feal, 1998).

Con respecto a los términos de asignación y flujo de recursos económicos Gutiérrez en 2013 indica que son evidentes los problemas de inequidad y de acceso a la salud dependiendo del grupo social al que pertenecen los pacientes y sus familias.

En la ENSANUT 2012 se señala que la prevalencia de diabetes, por diagnóstico previo, es del 9.17% (6.4 millones de personas) y se estima que en el 2025 será del 12.3%. En el área urbana se observó una prevalencia del 9.7%, y en la rural del 7%. Las mujeres presentaron una prevalencia del 9.67% (3.5

millones) y los hombres del 8.6% (2.8 millones), y la edad más frecuente fue entre 50 y 69 años (63.9%).

Villalpando, Cruz, Rojas, Shamah-Levy, Ávila, Gaona, Rebollar, Hernández (2010) mencionan que la prevalencia de la diabetes tipo 2 en México es muy alta en comparación con informes de otros países después de 2001 especialmente en individuos mayores de 20 años de edad. Agregando que Moreno y Limón en 2009 señalan que en México los pacientes con diabetes viven 20 años en promedio, además de presentarse en todos los grupos de edad y es más frecuente en individuos de 25 a 59 años, sin embargo en ese año se comienza a observar la presencia de esta enfermedad en personas más jóvenes.

México afronta dentro de las diversas problemáticas sociales y de salud que afectan a gran parte del mundo además de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad enfermedades crónicas degenerativas que en el país afectan al 69.5% de la población total. Rodríguez y González (2009), indican que algunos autores sostienen que la obesidad es “contagiosa” lo que significa que aquellos individuos que conviven en ambientes donde predomina la obesidad, presentan mayor tendencia a padecer la misma, ya que los estándares sociales se adoptan y se reproducen, entre los que mencionan se encuentran las malas dietas y la falta de ejercicio.

Por su parte Mejía (2010), explica que esto se debe a diferentes causas y condiciones pues señala dos categorías principales: unas son las causas centrales, es decir, aquello de lo cual se produce algo; y otras son los factores cooperantes que contribuyen a esa causalidad. Esto quiere decir que pasa tanto por una predisposición genética como por los hábitos de las personas, siendo estos últimos una de las mayores causas del sobrepeso dado que en los individuos no es constante la incidencia de las causas y los factores cooperantes; no obstante, los hábitos son más importantes, pues se ha

demostrado que los hábitos de vida saludable contrarrestan las consecuencias de la predisposición genética.

De acuerdo con Gallegos, Ovalle y Gómez (2006), juegan un papel definitivo en la activación de los genes de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y en el Incremento de la enfermedad los factores genéticos como ambientales. Dentro de los ambientales el tipo de dieta, las costumbres, la transculturación y la reducción en la actividad física de la población.

Inzunsa y Escobar (2004), reconocen que en México, los habitantes de las grandes urbes consumen menos frutas y vegetales e ingieren más comida rápida con exceso de grasas y carbohidratos y bajo contenido de fibra, es decir dietas hipercalóricas. Agregando que las comidas se acompañan generalmente de refrescos embotellados, cuyo consumo per cápita ubica a nuestro país en el primer lugar a nivel mundial.

Sin embargo, en un estudio referente al sobrepeso y obesidad entre mujeres de los seis estados más pobres de la república mexicana, Rodríguez, González-Cossío, Leroy y González (2006), describen cuatro patrones dietéticos: 1. alimentos grasos chatarra (17.5%), 2. variado (36.4%), 3. carne (13%) y 4. cereal (33%). En el primer patrón incluía un alto consumo de comida chatarra, grasa, productos lácteos y huevos; el patrón de consumo variado fue una dieta que incluía diversos grupos entre cereales, productos lácteos, huevo, alimento chatarra, poco consumo de frijoles, frutas y verduras; en el patrón de la carne, predominó ésta, poco consumo de otros alimentos y; en el patrón de cereales predominaba era el maíz. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 65.8%, 56.5%, 60.7% y 48% para cada patrón de dieta.

Con relación al gasto económico que se genera a partir de la atención que se debe de dar a las enfermedades crónicas, en México el gasto económico que se tiene en el tratamiento de la diabetes es realmente alto, los autores

Arredondo y De Icaza (2011), realizan el cálculo que por cada 100 pesos que se gastan en diabetes, aproximadamente 51 pesos provienen de los ingresos familiares, representando una carga social de muy alto impacto.

Posteriormente y según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico en 2012 México tenía que canalizar 190 mil millones de pesos del gasto público hacia la atención de los problemas de salud asociados a la obesidad, esto es, la mitad del presupuesto de todas las instituciones públicas de salud.

Habría que decir además que en México como en otros países, la mayor parte del presupuesto en salud (el 73.5% aproximadamente), se gasta en tratamientos y no en prevención y salud pública (sólo el 2.7%), además que se debe de vigilar la calidad y tener intervenciones eficaces de salud pública, para frenar el aumento de las tasas de obesidad y diabetes tipo 2, si esto se deja de lado las enfermedades crónicas serán una gran carga financiera para el sistema de salud (Rtveladze, Marsh, Barquera, Sánchez, Levy, Melendez, Webber, Kilpi, Mcpherson y Brown, 2014).

Barquera, Campos, Hernández, Villalpando, Rodríguez, Durazo y Aguilar (2010), señalan que las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo van en incremento en México y sugieren que se debe de desarrollar información más detallada para dar prioridad a los programas de salud pública hacia la prevención y el diagnóstico precoz y el tratamiento de estas condiciones para aminorar las cargas actuales y el aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2.

CAPÍTULO II. HÁBITOS DE VIDA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON OBESIDAD O SOBREPESO

En éste capítulo se abordarán los conceptos de hábitos de vida y calidad de vida, así como los indicadores de la calidad de vida entre los que se pueden mencionar son salud, llevar una alimentación adecuada, la educación, la ocupación, las condiciones de trabajo, condiciones de la vivienda de las personas, la seguridad social, vestimenta adecuada y los derechos humanos.

Se retoma la teoría de Orem como una forma de encontrar la calidad de vida a través de los hábitos de autocuidado de las enfermedades.

Por último se realiza un análisis entre la relación de la calidad de vida y los hábitos de vida de las personas que tienen diabetes con sobrepeso u obesidad.

2.1 Concepto de hábitos de vida

En cuanto a los hábitos, Kielhofner (2004) los describe como la base de la organización de ciertos patrones o rutinas diarias que dan origen a la habituación resultante de comportamientos repetidos en contextos temporales, físicos y socio culturales, y se constituyen a través de costumbres sociales cuando son compartidos por un grupo de personas.

Los hábitos de vida son conductas que constantemente se repiten, son distintos comportamientos que se desarrollan con frecuencia. Para entender y así poder definir a los hábitos de vida, se tiene que contemplar, también, el concepto de estilos de vida ya que existen autores como Adler (1973), que dentro de éstos engloban los hábitos de vida; él describe que estilo de vida es un patrón único de conductas y hábitos con los que el individuo busca alcanzar un estado de superioridad. Para Henderson y otros (1980), los estilos de vida son considerados

como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona.

Para el Fondo de Población para las Naciones Unidas (2002) el concepto de estilo de vida se relaciona con las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos que se asocian y dependen de los sistemas psicosociales y socioculturales. Hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, actividad física y vida sexual. Agrega además que los estilos de vida pueden ser saludables o nocivos para la salud y guardan estrecha relación con los hábitos y la forma de vida en la persona.

Mendoza, Sagrera, y Batista (1994:17), definen estilo de vida como:

“El conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo. Es fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida”.

Hay que mencionar además que los mismo autores consideran que hay cuatro grandes factores que interaccionan entre sí y determinan el estilo de vida de una persona:

- a) Características individuales, genéticas o adquiridas (como la personalidad, educación recibida, etc.)
- b) Características del entorno microsocia l en el que se desenvuelven las personas (vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o escolar, grupos de adscripción voluntaria, etc.)
- c) Factores macrosociales que moldean los anteriores (el sistema educativo, la cultura imperante, los medios de comunicación, influencia de los grupos

económicos, y otros grupos de presión, instituciones oficiales, la estructura socioeconómica, etc.)

- d) El medio físico geográfico que influye en las condiciones de vida de la sociedad y a su vez sufre modificaciones por la acción humana.

Rodríguez (1995), considera a los estilo de vida como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una relación con la salud, entendiendo por patrones conductuales formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.

Los estilos de vida constituyen el comportamiento cotidiano de las personas y de ellos dependen los riesgos a los que se expongan las personas y englobar situaciones como el tipo de vivienda que habitan, el tipo de alimentos que se consumen, actividades recreativas que se realizan y la distribución del tiempo libre. (Blázquez-Morales, Torres, Pavón, Gogeoascoechea y Blázquez-Domínguez, 2010).

Los estilos de vida se van conformando en el proceso de desarrollo de las personas, y se ve influenciado por factores personales, ambientales y sociales y comprende tres aspectos relacionados, lo cultural, las formas y estructuras organizativas y lo ideológico (Campos, 2009).

Mendoza, *et. al.* (1994), mencionan que el estilo ideal de vida saludable no existe, pues eso implicaría que sólo existe una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive y ésta es saludable, además cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro.

2.2 concepto de calidad de vida

Generelo (1998), cita de manera textual a Setién (1993), quien define calidad de vida como:

“el grado en que se satisfacen las necesidades humanas. En los ámbitos geográficos y en las áreas concretas donde las necesidades quedan más satisfechas, la calidad de vida será mejor: tal sociedad o tales áreas estarán más desarrolladas. En el caso contrario, la sociedad o el aspecto concreto estará menos desarrollado y la calidad de vida será peor.”

La calidad de vida relacionada a salud se define con respecto a la forma en que la enfermedad (como una fuente del dolor o disfunción física) impone limitaciones o alteraciones en el comportamiento diario, las actividades sociales y el bienestar psicológico (Wanden, Sanz, Escribá, Castelló & Wamden, 2009).

Para Cantón (2000), la calidad de vida se refiere a los estilos de vida social, a los hábitos diarios y, en conjunto al entorno social en que se desarrolla la persona, así como la forma subjetiva de vivenciarlo.

Veenhoven (1998), plantea la clasificación de calidad de vida considerando la habilidad como calidad de entorno, la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado. La calidad del entorno está relacionada con las condiciones externas necesarias para una buena vida; la calidad del resultado se centra en y describe los productos de la vida como disfrute de esta. Estos dos significados de calidad de vida se refieren respectivamente al objetivo y lo subjetivo de esta. El tercer significado referido a la calidad de la acción permite la integración de los significados anteriores con la capacidad que tiene la gente para enfrentarse a la vida.

La calidad de vida es un concepto que utiliza parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales como la vivienda, los servicios con los que cuenta, los inherentes a la salud, que lleve a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y

asistencial, en conjunto con el ámbito económico y político. No debe reducirse a indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo viven las personas y la satisfacción de necesidades. (Peña, Terán, Moreno y Bazán, 2009)

Levy y Anderson (1980), señalan que la calidad de vida es una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social; así como de felicidad, satisfacción y recompensa tal en la forma que la percibe cada individuo y cada grupo.

La evaluación de la calidad de vida en un paciente representa el impacto de una enfermedad y su consecuente tratamiento tiene sobre la percepción del paciente de su bienestar. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. Está claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Schwartzmann, 2003).

La calidad de vida se debe de mirar desde fuera y dentro de los individuos: desde la parte individual (lo privado) y la parte colectiva (lo público), desde estos dos puntos es importante considerar la percepción, el sentido de la vida, la utilidad, la felicidad, la valoración y otros aspectos subjetivos que hacen que la vida tenga calidad con responsabilidad moral (Cardona y Agudelo, 2005).

Ardila (2003:163), describe que la calidad de vida tiene dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo y, los engloba dentro de su definición:

“Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico,

psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida”.

2.2.1 Indicadores de calidad de vida

Levy y Anderson (1980), consideran como indicadores de calidad de vida que se repiten con mayor frecuencia en los estudios sociológicos, los siguientes; salud, alimentación adecuada, educación, ocupación, condiciones de trabajo, condiciones de vivienda, seguridad social, vestimenta adecuada y derechos humanos.

A su vez Abbey y Andrews (1986), expusieron que las variables social-psicológicas como el estrés, el control sobre la propia vida, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal influyen las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, que entonces determinan los resultados de la calidad de vida, tales como el disfrute, la irritación emocional, el éxito en la vida y la evaluación del yo.

Otra de las propuestas más amplias que existen es la postulada por Ware (1976), en la cual incluye hasta un total de diez dimensiones: satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer.

Por su parte Ardila (2003), señala que la calidad de vida está conformada por aspectos subjetivos y objetivos; entre los aspectos subjetivos se pueden encontrar

la intimidad, la expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida; dentro de los aspectos objetivos la calidad de vida incluye el bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente, relaciones armónicas con la comunidad, y la salud objetivamente considerada.

Racionero (1986; en Rodríguez, 2006), establece una jerarquía de necesidades, organizando los indicadores de calidad de vida en cuatro campos:

1.- Seguridad personal: hace referencia a la cobertura de las necesidades biológicas del cuerpo que garanticen la integridad corporal y la ausencia de enfermedades, así como lo referido a indicadores de tipo económico que satisfagan las necesidades de protección, seguridad y salud.

2.- Ambiente físico: referidos a las condiciones medioambientales que se desarrollen en el entorno vital: eliminación de la polución, ruidos, congestión y contaminaciones diversas que puedan afectar directamente a los seres vivos.

3.- Ambiente social: características de los grupos sociales y entorno de amistades que nos rodean y que poseen una influencia directa en nuestros hábitos y comportamientos.

4.- Ambiente psíquico: incluye indicadores sobre la necesidad de autorrealización o libertad para el pleno desarrollo de talentos y capacidades de la persona, que garantice el desenvolvimiento correcto en el contexto social.

2.2.2 La teoría de Orem: Autocuidado

Como lo indican Tejada, Grimaldo y Maldonado (2006), es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico.

Dorothea Orem presenta su Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener, (Marriner y Raile 2003).

Dorothea Orem (1991), define el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, su salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

En el término autocuidado la palabra “auto” hace referencia al sentido del ser humano completo. El autocuidado tiene un propósito. Es una acción que tiene un patrón y una secuencia, y cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos (Orem, 1993).

Se considera al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y otros. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona (Orem, 1991).

Orem (1998), describe en su modelo la Teoría del Autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para

mantener la vida, la salud y el bienestar. Por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser:

Requisitos universales: satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano.

Requisitos de desarrollo: garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.

Requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud: llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto o aprender a vivir con la patología.

Todo esto se genera a partir de las habilidades que tienen los individuos para comprometerse en las operaciones de autocuidado (conocidas también como agencia de autocuidado) y que, además posee una estructura compleja: las capacidades básicas que afectan el desarrollo de cualquier acción deliberada, un grupo de habilidades relacionadas con el compromiso para el autocuidado conocidas como componentes de poder, y un grupo de capacidades especializadas necesarias para desarrollar operaciones de autocuidado conformadas por las capacidades estimativas, transicionales y productivas, (Orem, 2001).

2.2.2.1 Hábitos de salud en pacientes diabéticos

La presencia de las enfermedades crónicas es consecuencia de los hábitos de vida poco saludables de las personas. La importancia que tienen los estilos de

vida en el tratamiento de las personas diabéticas es aún mayor cuando se trata de pacientes diabéticos con obesidad o sobrepeso.

Seidell (2000), menciona que los cambios en las exigencias físicas de los trabajos actuales, la mecanización de distintas áreas laborales, así como las actividades que se realizan en el tiempo de ocio y los medios de transporte han generado en la población el incremento del sedentarismo, y en la mayoría de las personas el sobrepeso y la obesidad.

Tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, indica como parte del tratamiento de la diabetes, los lineamientos para realizar los planes de ejercicio físico, los cuales deben contemplar la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos, así como las restricciones en algunos alimentos y en el consumo de alcohol, haciendo énfasis en aquellos pacientes que además tengan sobrepeso u obesidad.

Además hace énfasis en el control de peso de los pacientes diabéticos ya que es indispensable para llevar el control de su metabolismo, pues entre las complicaciones que se generan a partir del aumento de peso es que se genera una resistencia a la insulina. Si bien este tipo de diabetes no es insulino dependiente (ellos si generan la insulina), el organismo puede que no la asimile.

Dentro del tratamiento de la diabetes, se consideran tres aspectos fundamentales: la dieta, la actividad física y los medicamentos.

La actividad física es un componente importante en el estilo de vida saludable pues favorece la disminución de la grasa corporal y el incremento de la grasa magra, mejora de la función del sistema cardiovascular e incrementa el bienestar psicosocial. En personas con diabetes mellitus, se recomienda realizar

aproximadamente 150 minutos a la semana de actividad física moderada, llevar una dieta saludable con una restricción en el consumo de calorías. (Sigal, Kenny, Wasserman y Castaneda, 2004).

La angustia asociada con la diabetes afecta de distintas formas a los pacientes que la padecen, principalmente a su calidad de vida. Los médicos y profesionales de la salud, pueden ayudar a reducir la angustia que les afecta, a través del apoyo emocional y conductual, así como establecer una educación dentro de esta enfermedad para que los pacientes puedan sobrellevar su enfermedad. (Sansgiry, Naik, Brown & Latini, 2013).

La prevención de la diabetes, seguirá siendo uno de los caminos para discutir sobre la importancia que tiene la prevención de la obesidad, siendo éstas enfermedades causadas por los diferentes cambios en los estilos de vida en la población, el incremento de la ingesta calórica y la disminución en el gasto de ésta (Seidell, 2000).

2.3 Relación entre hábitos de vida y calidad de vida en personas con diabetes y obesidad o sobrepeso

Los conceptos de estilos de vida y calidad de vida están estrechamente vinculados, puesto que la calidad de vida está determinada por el estilo de vida que se desee adoptar, bien de forma individual o bien de forma grupal (Gutiérrez, 2000; citado por Tuero y Márquez, 2013).

Bersh (2006), describe que una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia mal adaptativa para manejarlas.

De acuerdo a Seuc, Domínguez y Díaz (2003), el término calidad de vida y en especial los aspectos psicológicos que la integran se han trabajado intensamente en los últimos años siendo un tema sobresaliente en las sociedades más

avanzadas. El manejo efectivo incluye medidas relacionadas con los estilos de vida como: llevar una dieta saludable, realizar actividad física, mantener el peso adecuado y no fumar.

En cuanto a la depresión, se sabe que cursa con aumento o disminución del apetito y que en general tiende a amplificar los patrones de cambio de peso asociados con la edad; es decir los adultos jóvenes con depresión tienden a aumentar de peso, mientras que los adultos mayores bajan de peso (Di Pietro, Anda, Williamson, Stunkard, 1992).

En relación al estilo de vida moderno Coutinho (1999) asegura que el hábito de comer fuera de casa contribuye al aumento de tejido adiposo de las personas, ya que mayormente, las comidas suelen ser ricas en grasas y contienen un alto contenido calórico. Así mismo, aun siendo no demasiado pesadas, se tiende a desarrollar un consumo exagerado de alimentos, por lo que el efecto final se traduce en un elevado consumo calórico que contribuye de este modo al aumento del tejido adiposo.

En México los estilos de vida no saludables se reflejan en el consumo inmoderado de alimentos "chatarra" (ampliamente publicitados en los medios de comunicación) que son promocionados como comida rápida, están constituidos de un alto contenido de grasa y calorías, con escaso valor nutritivo, (López y Ávalos, 2013).

Los autores mencionados en el párrafo anterior, señalan que los casos de diabetes han incrementado de manera considerable en México, y en ellos intervienen diversos factores sociales, culturales y económicos, que influyen en el estilo de vida de las personas. Para revertir esta tendencia se hace necesario superar limitantes, tales como la creencia entre la población (que se hizo costumbre) de que el hecho de ser gordo es sinónimo de ser saludable.

Como lo dicen Hernández, Gutiérrez y Reynoso (2013), los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes.

La tradición de convivencia familiar a través de la "hora de comer", la cual no necesariamente coincide con los horarios de alimentación de las personas con diabetes mellitus (las que deben ser estrictas en sus horarios a fin de evitar hipoglucemias), de igual forma, se perturba la costumbre del paciente diabético cuando convive en una comida familiar, debido que está obligado a comer alimentos diferentes a los que los demás consumen, lo cual le genera una sensación de segregación. Además, en lo referente a la cuestión económica, la preparación de comidas especiales, diferentes, para las personas con diabetes mellitus y para los no enfermos de una misma familia, representa un gasto extra de tiempo y dinero (Torres, Sandoval y Pando, 2005).

La OCDE (2015), menciona que la esperanza de vida es la medida de la salud sin embargo ésta sólo toma en cuenta la duración de la vida de una persona y no su calidad. Por otra parte señala que las enfermedades crónicas como la diabetes son las principales causas de muerte y discapacidad, a pesar de ello, estas enfermedades pueden prevenirse, ya que se relacionan con estilos de vida que son posibles de modificar. Las personas que no fuman, que consumen alcohol en cantidades moderadas, mantienen una actividad física, llevan una dieta equilibrada y no padecen sobrepeso u obesidad corren un riesgo mucho menor de muerte temprana que quienes tienen hábitos poco sanos.

En México se ha incrementado la esperanza de vida, en 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) da a conocer que el número promedio de años que se espera vivir una persona en el país es de casi 75 años. Sin embargo algunos de los periódicos mexicanos como La Jornada y CNN México reportaron que en 2015, nuestro país tiene la esperanza de vida

más baja de acuerdo a la OCDE ya que el promedio de vida es de 80.5 años en los 34 países que la conforman y México es el único país que no rebasa los 75 años, con un promedio de 74.6 años.

Si bien la diabetes tipo 2 no es curable, se puede tener controlada a través de un estilo de vida saludable, además que este tipo de enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, cáncer, etc.) afecta la percepción en la calidad de vida de quienes la padecen (Pera, 2011).

No se han encontrado estudios que marquen la relación existente entre los hábitos de vida (HV) y la calidad de vida (CV) en pacientes con diabetes y obesidad o con sobrepeso en México, de ahí la importancia de la presente investigación ya que la comorbilidad existente entre estas enfermedades tiene una fuerte asociación a la calidad de vida y los hábitos de vida que tienen los pacientes.

CAPITULO III: MÉTODO

3.1 Tipo de estudio o investigación

El enfoque de la investigación fue de corte cuantitativo, pues se buscó la prueba de la hipótesis nula.

El tipo de investigación que se realizó fue correlacional, en ésta se buscó relacionar las variables hábitos de vida y calidad de vida de las personas diabéticas que padecen sobrepeso u obesidad.

Por último, fue de tipo empírica ya que se trabajó en la aplicación directa de dos cuestionarios a pacientes que tienen diabetes y obesidad o sobrepeso.

3.2 Planteamiento del problema o pregunta de investigación

De acuerdo con la OMS (2014) en México el 14% de la población ha muerto a causa de diabetes, además que la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años debido a las principales enfermedades crónicas es del 16%; manteniéndose dentro de los factores de riesgo la obesidad.

La obesidad y la diabetes son un problema de salud pública en México y son analizados en conjunto con algunos de sus determinantes sociales como la alimentación, el sedentarismo y la distribución de ingresos (Moreno, García, Soto, Capraro y Limón, 2014)

Organismos internacionales mencionan que el cambio en los hábitos alimentarios y en el estilo de vida de las personas han hecho que las enfermedades crónicas no transmisibles (incluidas la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer) sean causa de discapacidad y muerte prematura

tanto en países en desarrollo como en vías de desarrollo y suponen cargas en los presupuestos sanitarios ya sobrecargados (OMS y FAO, 2003).

La Secretaría de la Salud (2013), menciona que el sobrepeso, la obesidad y la diabetes son enfermedades complejas y multifactoriales y cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social así como al individuo. Al mismo tiempo agrega que la dinámica epidemiológica en México que afecta la carga de la morbilidad y la mortalidad se ve determinada por factores asociados a la desigualdad social, económica y a los estilos de vida pocos saludables; entre éstos últimos destacan: la falta de actividad física, la alimentación inadecuada, el consumo de alcohol, tabaco y otro tipo de drogas, así como accidentes viales.

Si bien en México se ha incrementado la esperanza de vida en toda la población, incluso la de personas con alguna enfermedad crónica, la interrogante es ¿qué relación existe entre la calidad de vida y los hábitos de vida que tienen estas personas que padecen enfermedades como diabetes, sobrepeso y obesidad?

3.3 Definición de variables

Las variables que se usaron fueron dependientes, con niveles de medición intervalar:

Hábitos de vida

Rodríguez (1995), considera a los estilo de vida como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una relación con la salud, entendiendo por patrones conductuales formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.

Para medir los hábitos de vida se decidió aplicar el “*Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad*” desarrollado por Pando, Ruiz, Jódar, Garrido, De Rosendo & Usán (2004) y validado en la población mexicana por Álvarez y Guadarrama (Inédito).

Los factores que permitieron medir esta variable fueron:

1.- Contenido calórico de la dieta (CC): la preocupación por el contenido energético o calórico de la dieta. Esta dimensión recoge el tipo de conductas propias de una persona con sobrepeso que ha recibido instrucciones sobre algún tipo de dieta alimenticia: vigilar las calorías que se consumen, tomar raciones pequeñas, esperar unos minutos antes de tomar algo que apetece.

2.- Comer por bienestar psicológico (CBP): incluye afirmaciones que relacionan la comida con el alivio de algún tipo de malestar psicológico (desánimo, aburrimiento, ansiedad).

3.- Ejercicio físico (EF): se refiere a la práctica habitual o sistemática (incluso programada) de ejercicio físico.

4.- Alimentación saludable (AS): agrupa afirmaciones relacionadas con el tipo de alimentos (y la forma de prepararlos) que toma una persona preocupada por mantener una alimentación saludable. Recoge el tipo de conductas que lleva a cabo una persona sin problemas de sobrepeso pero interesada en cuidar la alimentación: comer verdura y alimentos frescos, no abusar de los fritos y de las grasas, etc.

Calidad de vida

La calidad de vida es definida por Ardila (2003) como un estado de satisfacción que se deriva de la realización de las potencialidades de la persona y tiene

aspectos subjetivos y objetivos. Dentro de los aspectos subjetivos se encuentran la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal. Entre los aspectos objetivos menciona el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetiva.

Para medir la calidad de vida se aplicó el cuestionario “*Diabetes 39*” creado por Boyer y Earp (1997), validado en población mexicana por López y Rodríguez (2006).

Los factores que permitieron medir esta variable fueron:

- 1.- Energía-movilidad: Se refiere a la práctica de ejercicio físico.
- 2.- Control de la diabetes: Señala la preocupación por mantener el control de su diabetes, la asistencia constante a sus citas médicas, y la procuración de sus medicamentos.
- 3.- Ansiedad-preocupación: La preocupación por distintos aspectos de su vida personal, familiar y social, así como su salud.
- 4.- Carga social: Incluye la preocupación por la convivencia familiar y social, por ejemplo con los amigos.
- 5.- Función sexual: abarca aspectos de su vida sexual, considerados como problemas en las relaciones íntimas con sus parejas.

Los pacientes responden qué tanto está afectada su calidad de vida durante el último mes por la acción que expresa cada ítem.

Cabe mencionar que para calificar del instrumento fue a menor puntaje mayor será la calidad de vida y a mayor puntaje menor será la calidad de vida.

3.4 Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula: No existe relación entre los hábitos de vida y la calidad de vida de las personas diabéticas con obesidad o sobrepeso.

Hipótesis alterna: Existe relación entre los hábitos de vida y la calidad de vida de las personas diabéticas con obesidad o sobrepeso

3.5 Definición del universo de estudio

La población que se necesitó para realizar la investigación, fueron personas con diabetes tipo 2 diagnosticada y que, agregado padecieran obesidad o sobrepeso.

En la Unidad de Atención al Diabético, se tenía el registro de 744 pacientes, sin embargo se detectó que el registro no estaba completo desde el mes de junio del 2014 hasta Enero de 2015 fecha en la cual se concluyó la aplicación de los instrumentos, por lo que se obtuvo el promedio de los pacientes que acudían con frecuencia en los meses de Enero a Mayo del 2014, obteniendo un promedio de 159 pacientes frecuentes.

Con los datos proporcionados por la unidad se obtuvo que:

En el mes de enero se atendieron 154 pacientes

En Febrero 86 pacientes

En Marzo 198 pacientes

En Abril 211 pacientes

Y por último en Mayo 149 pacientes

3.6 Definición de la muestra

El tipo de la muestra fue no probabilística intencional, se tuvo que buscar a los sujetos que contaran con las características de la investigación y así, los datos que arrojaran los instrumentos fueran verídicos y se ubicaran dentro parámetros de ésta.

La aplicación de los instrumentos se realizó a 119 pacientes del Centro Especializado en Atención Primaria a la Salud (CEAPS), (perteneciente a la Secretaría de Salud), específicamente de la unidad de Atención al Diabético (UAD), ubicada en San Gaspar Tlathuelilpan, Metepec, Estado de México.

De los pacientes que se encontraban en la base de datos en su mayoría no asistía a la unidad, en promedio sólo 159 pacientes acudían de forma frecuente, por lo que se decidió aplicar el mismo número de instrumentos. Sin embargo en el tiempo de aplicación sólo se aplicaron 119 ya que los pacientes se comenzaban a repetir. Además que 23 pacientes se negaron a contestar el cuestionario.

A pesar de que fueron 119 aplicaciones, debido a los criterios de inclusión y a la falta de información en algunos aspectos como la edad, talla y respuestas sin contestar se eliminaron algunos cuestionarios, quedando una muestra de 97 sujetos.

3.7 Selección y/o diseño de instrumentos

Para realizar esta investigación se aplicaron dos cuestionarios con validación en población mexicana.

Los cuestionarios a que se aplicaron fueron:

“Cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad” de origen español, creado por Pardo, Ruiz, Jódar, Garrido, De Rosendo, Usán (2004). Fue validado en la población mexicana por Álvarez y Guadarrama (Inédito). La confiabilidad fue de un alpha de Cronbach de .855. Para la validación en la población mexicana se realizaron 135 cuestionarios con personas con un rango entre 18 a 30 años de edad dentro de la Universidad Autónoma del Estado de México. El cuestionario cuenta con 20 ítems con 5 opciones de respuesta en una distribución de 4 factores. Y la calificación va en sentido directo, a mayor puntuación hábitos de vida más positivos.

El segundo instrumento que se aplicó fue un cuestionario para la calidad de vida “*Diabetes 39*”, desarrollado por Boyer y Earp (1997). Ésta validación fue realizada por López y Rodríguez (2006) en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. La confiabilidad de la versión adaptada del cuestionario “*Diabetes 39*” fue alta, con un alpha de Cronbach > 0.8 . El cuestionario cuenta con 39 ítems cerrados con 7 opciones de respuesta que se agrupan en cinco dimensiones. Cabe señalar que a mayor puntuación menor calidad de vida.

3.8 Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación fue no experimental de tipo transversal correlacional-causal, ya que tiene como objetivo principal describir la relación entre las variables.

3.9 Captura de la información

La aplicación de los cuestionarios se realizó a los pacientes que se encontraban en la sala de espera dentro de la Unidad de Atención al diabético, el peso y talla se obtuvo con ayuda de su expediente.

Las aplicaciones se realizaron del mes de Noviembre de 2014 al mes de Enero del 2015. Se realizaron de forma personal y directa, se hacían las preguntas y el paciente respondía a éstas, primero se les aplicó el cuestionario de hábitos de vida, para que posteriormente contestaran el cuestionario de Diabetes 39.

La captura de los cuestionarios se realizó en el programa estadístico SPSS versión 19.

3.10 Procesamiento de información

Se hizo uso de la estadística descriptiva para obtener porcentajes y frecuencias de ambas variables. Además para probar la hipótesis, se trabajó con la estadística inferencial paramétrica. Específicamente la prueba de correlación de Pearson y la prueba t de Student muestras relacionadas, al nivel de significancia ≤ 0.05

3.11 Prueba de hipótesis

$$H_0 = r_{xy} = 0$$

No existe relación estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y hábitos de vida;

$$H_1 = r_{xy} \neq 0$$

Existe relación estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y hábitos de vida.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a la distribución de edad de la muestra, ésta se encontró entre los 25 a 85 años, mostrando una edad promedio de 54.05 años con una D.E. 11.675. Además, se realizó un análisis por frecuencias y porcentajes para las diferentes variables; (véase tabla 1) la mayoría de los encuestados fueron mujeres. Con un índice de masa corporal ubicado en el sobrepeso. Un porcentaje imponente considero su CV poco afectada, pero con hábitos de vida negativos y moderados, mientras que la CVP como máxima y un número bajo considero a su enfermedad como extremadamente grave.

Tabla 1. Distribución de la población para las distintas variables n=97

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	66	68
	Hombre	31	32
IMC	Sobrepeso	63	65
	Obesidad 1	33	34
	Obesidad 2	1	1
Cv	Sumamente Afectada	1	1
	Moderadamente afectada	37	37.1
	Poco afectada	59	61.9
Hv	Negativos	29	29.9
	Moderados	53	65
	Positivos	5	5.1
Cvp	Mínimo calidad	3	3.1
	Moderado	46	47.4
	Máxima	48	49.5
Gravedad enfermedad	Ninguna	39	40.2
	Moderada	48	49.5
	Extrema	10	10.3

Con respecto a los análisis de correlación, estos se realizaron para la muestra en general y la variable sexo, en dicho análisis se tomó en cuenta ambas variables (CV y HV) así como sus factores.

De acuerdo a la muestra general se obtuvo la tabla 2 mostrando que existe una correlación negativa baja entre las variables hábitos de vida y calidad de vida. De modo que la calidad de vida se encuentra relacionada con los hábitos de vida de las personas diabéticas, sin embargo no son dependientes una de la otra, una persona puede tener calidad de vida sin tener buenos hábitos de vida y a la inversa.

Con respecto a los factores se obtuvo que: el factor contenido calórico tiene una correlación negativa baja con el factor control de la diabetes.

El factor comer por bienestar psicológico, mostró correlaciones positivas, tanto moderadas como bajas con los factores: energía, control de la diabetes, ansiedad-preocupación y con la variable calidad de vida. El factor ejercicio físico arrojó correlaciones negativas, moderadas y bajas con los factores energía, control de la diabetes, carga social y con la variable calidad de vida. El factor alimentación saludable muestra correlaciones negativas, moderadas y bajas con control de la diabetes, ansiedad-preocupación y con la variable calidad de vida.

La variable hábitos de vida mostró una correlación negativa y baja con los factores energía, así como con control de la diabetes.

Tabla 2. Correlación de Pearson para las variables calidad de vida y hábitos de vida y sus factores para los 97 sujetos encuestados

VARIABLES Y FACTORES	CONTENIDO CALÓRICO	COMER POR BIENESTAR PSICOLÓGICO	EJERCICIO FÍSICO	ALIMENTACIÓN SALUDABLE	HÁBITOS DE VIDA
Energía	-.126	.206*	-.310**	-.182	-.209*
Control	-.210*	.381**	-.330**	-.290**	-.239*
Ansiedad	-.174	.272**	-.014	-.370**	-.126
Carga	-.011	.144	-.208*	-.164	-.103
Funcionamiento	-.005	.112	.023	-.137	.010
Calidad de vida	-.155	.295**	-.278**	-.275**	-.206*

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En la tabla 3 se puede observar que en el sexo femenino, no existe correlación entre las variables hábitos de vida y calidad de vida, sin embargo, se muestran correlaciones entre algunos factores de las mismas.

El factor comer por bienestar psicológico muestra correlaciones positivas y moderadas con el factor control de la diabetes y la variable hábitos de vida; correlación positiva y baja con el factor ansiedad.

El factor ejercicio físico de la variable hábitos de vida tiene una relación negativa y moderada con los factores energía, control de la diabetes y con la variable Calidad de vida.

Tabla 3. Correlación de Pearson para las variables CV y HV sus factores en la muestra de mujeres n= 66

Variables y factores	Contenido Calórico	Comer por bienestar psicológico	Ejercicio físico	Alimentación saludable	Hábitos de vida
Energía	-.014	.199	-.340**	-.049	-.116
Control	-.147	.409**	-.315**	-.159	-.143
Ansiedad	-.110	.293*	-.010	-.188	-.020
Carga	.062	.215	-.200	-.141	-.016
Funcionamiento	.136	.046	-.032	.029	.097
Calidad de vida	-.045	.310*	-.301*	-.120	-.095

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En la tabla 4 se muestra que en el sexo masculino existe una correlación negativa y moderada de las variables interpretándose de la siguiente manera, a menor hábitos de vida, mayor afección en la calidad de vida y a menor afectación en la calidad de vida, mayores hábitos de vida. Entonces se puede decir que la calidad de vida podría estar determinada por los hábitos de vida que se tengan.

Además existen correlaciones entre los factores de las variables; el factor de la variable hábitos de vida, contenido calórico tiene una relación negativa y moderada con los factores energía y movilidad y control de la diabetes así

como con la variable calidad de vida. Comer por bienestar psicológico tiene una relación positiva y moderada con el factor control de diabetes. El factor ejercicio físico tiene correlación negativa y moderada con control de diabetes. Se destaca el factor alimentación saludable con correlaciones negativas, moderadas y fuertes con los factores energía y movilidad, control de la diabetes, ansiedad-preocupación y con la variable calidad de vida.

La variable hábitos de vida muestra una correlación positiva y moderada con los factores energía y control de la diabetes.

Tabla 4. Correlación de Pearson para las variables CV y HV de la muestra de hombres $n=31$

Variables y Factores	Contenido Calórico	Comer por bienestar psicológico	Ejercicio físico	Alimentación saludable	Hábitos de vida
Energía	-.442*	.266	-.215	-.420*	-.414*
Control	-.391*	.368*	-.360*	-.514**	-.444
Ansiedad	-.349	.273	-.124	-.655**	-.336
Carga	-.340	.069	-.093	-.292	-.327
Funcionamiento	-.250	.168	.022	-.331	-.198
Calidad de vida	-.442*	.307	-.210	-.525**	-.436*

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Con respecto a la CV y la Calidad de Vida Percibida (CVP) se realizó el análisis t de Student muestras relacionadas para la muestra de 97 sujetos, observando que existe una diferencia entre ambas variables ($g/=96$; $t=10.198$, $p=.000$) observando un valor mayor de la media para la variable CVP ($X=5.39$ y $D.E.=1.295$) con respecto a la CV ($X=2.6500$ y $D.E.=1.84750$). Así como una correlación negativa moderada ($r=-.401$ $p=.000$).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La diabetes y la obesidad son problemas de salud pública que afectan a gran parte de la población mexicana. La comorbilidad de la diabetes y el sobrepeso o la obesidad, son de gran importancia para el estudio de las ciencias sociales, debido a los problemas que traen consigo, para las personas que la padecen pero también para las familias.

En la presente investigación las características de las variables sociodemográficas como lo es la edad, coinciden con las edades mostradas en la ENSANUT (2012), con la prevalencia de diabetes y obesidad, e incluso se integraron personas de menor edad. Lo que hace pensar que esta enfermedad cada día afecta a personas más jóvenes, convirtiéndose en un problema de salud mucho más complejo.

Respecto al sexo en este estudio se muestra la mayor prevalencia de diabetes, sobrepeso y obesidad en las mujeres lo cual se asemeja a los resultados expuestos por la ENSANUT (2012). Sin embargo, los datos demuestran que los hombres no están exentos de este problema, ya que ellos representaron el 34% de la muestra de estudio.

En la revisión no se encontraron estudios correlacionales en México entre los hábitos de vida y la calidad de vida en pacientes con diabetes y que, agregado presentan también obesidad o sobrepeso. Aspecto que resulta relevante y justifica la pertinencia del estudio. Para este estudio y comprobado de manera estadística se puede apreciar una correlación negativa y baja para la muestra general, lo que permite cuestionar lo expuesto por Gutiérrez (2000; citado por Tuero y Márquez, 2013), ya que para esta muestra los estilos de vida y la calidad de vida no están estrechamente vinculados, esto sustentado en el coeficiente de correlación de $r = -.206$. Ya que si bien se puede señalar que a mejor estilo de vida mayor calidad de vida. Tomando en cuenta que el puntaje

alto de calidad de vida indica un decremento de la calidad de vida. Por lo que se puede rechazar la hipótesis nula, pero con reservas ya que se trata de un coeficiente bajo. Lo que hace permite señalar que esto se está presentando en pocos casos.

Sin embargo al analizar la relación de la CV con los HV la correlación baja puede deberse a que los hombres no establecieron correlación entre las variables, pero las mujeres lo hicieron de manera moderada y negativa. Lo que hace pensar que mientras que los hombres pudieran estar percibiendo la CV como algo aislado de los HV, las mujeres determinan que los HV positivos aumentan su CV. Por lo que se vuelve pertinente continuar investigando este aspecto.

Con respecto a las correlaciones por factor se observó que para la muestra general el control se relacionó con el contenido calórico de manera negativa y baja, para las mujeres no existió relación y en los hombres la correlación es negativa moderada. Además los hombres establecieron relación negativa moderada entre el contenido calórico con la energía y la calidad de vida lo que lleva a pensar que son los hombres quienes encuentran una asociación más estrecha entre el control de la enfermedad y el consumo de calorías a diferencia de las mujeres, lo cual se debe de considerar para realizar un análisis más profundo, ya que dentro de la teoría se encontró que el consumo de alimentos grasos y de alto contenido calórico ha incrementado (López y Ávalos, 2013).

Con respecto al factor de comer por bienestar psicológico la muestra general estableció relación positiva moderada con el factor control, y relación positiva baja con ansiedad. Aspecto que se da de la misma forma para las mujeres. Mientras que los hombres solo establecieron relación con el factor control, siendo positiva y moderada. Lo que da idea que dentro de la muestra algunos hombres son quienes comen para alcanzar un bienestar psicológico pues se

sienten angustiados por el control de la diabetes (Sansgiry, Naik, Brown & Latini, 2013).

Con respecto al ejercicio físico se establece una relación con tres de los cinco factores de CV, con la calidad de vida correlacionó de manera positiva baja, al igual que con el factor carga. Y de manera negativa moderada con el control y la energía, presentándose estas mismas relaciones para el grupo de mujeres, solo que la calidad de vida aumentó su relación a moderada. Los hombres solo obtuvieron relación negativa moderada con el control, pues como lo menciona la teoría, (NOM43 para el cuidado, tratamiento y prevención de las dislipemias), el ejercicio físico está considerado dentro del tratamiento no farmacológico de los pacientes con diabetes, la obesidad o sobrepeso, mostrando así que no todos los pacientes se sienten afectados por estos factores en relación con el ejercicio físico (De la Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompié, 2012).

El factor alimentación saludable correlacionó con control y calidad de vida de manera negativa y baja, y con la ansiedad fue negativa y moderada. Sorprendentemente este factor no estableció correlación para el grupo de mujeres, pero si para el de hombres donde energía, control y CV correlaciona de manera moderada y ansiedad de manera alta, lo que podría significar que mientras las mujeres no encuentran una relación entre la alimentación saludable con los factores, los hombres sí la presentan, pues para tener el control de la enfermedad se debe de tener una dieta saludable, (Sigal, Kenny, Wasserman y Castaneda, 2004), sin embargo habría que cuestionar si esta relación se da realmente por tener el control de la enfermedad ya que la relación con la ansiedad fue considerable.

Los hábitos de vida correlacionaron de manera negativa y baja con la CV, además de los factores control y energía. Estos mismos aspectos correlacionaron de manera negativa moderada en los hombres. Nuevamente en el grupo de mujeres no se establecieron relaciones entre estas variables y sus factores.

En cuanto a la calidad de vida y la calidad de vida percibida los resultados difieren al estudio de Miranda, Domínguez, Arrollo, Méndez, González (2012), en el cual los resultados muestran que los pacientes disfrutaban de una buena calidad de vida y tienen una buena autopercepción de su estado de salud a pesar de su enfermedad; sin embargo en ésta investigación se muestra una diferencia significativa de $t= 10.198$ ($g/= 96$; $p= .000$) entre la calidad de vida y la calidad de vida percibida.

Además Pera (2011), señala que la diabetes puede afectar la percepción de la calidad de vida de quienes la padecen, a comparación con esta investigación en la cual el 49.5% de la muestra indica tener una máxima calidad de vida percibida, lo cual difiere de lo indicado por la teoría, pues la mayoría de los sujetos perciben su calidad de vida como excelente, similar a lo señalado por Bautista y Zambrano (2015) que reportan en su estudio que la mayoría de su población señala tener una percepción de su estado de salud como buena.

Los resultados de esta investigación muestran que los hábitos de vida y la calidad de vida se encuentran relacionados sin embargo, la calidad de vida no está determinada por los hábitos de vida. Además que la calidad de vida objetiva es diferente a la calidad de vida percibida.

Se debe de seguir investigando la calidad de vida y los hábitos de vida integrando algunas otras variables como la escolaridad, la ocupación, estado civil, y el tiempo de diagnóstico de la diabetes, así como con las variables que relacionaron más en esta investigación como los hábitos de vida y control de la diabetes que fueron variables que correlacionaron con diversos factores. Además realizar estudios descriptivos de las variables CV, CVP y la gravedad de la enfermedad, por sexo y por edad.

CONCLUSIONES

Los cambios que se encuentran dentro del entorno social en el que se desenvuelven los pacientes diabéticos, la cultura alimentaria, el desarrollo de la enfermedad, el costo del tratamiento, la falta de atención especializada en este problema, son algunas barreras con las que se encuentran los pacientes para el cuidado de su salud.

A manera de conclusión se puede decir entonces que, la calidad de vida de los pacientes diabéticos de la Unidad de Atención al Diabético (UAD), de la comunidad de San Gaspar Tlahuelilpan en el municipio de Metepec, Estado de México, no necesariamente se ven determinados por los hábitos de vida que ellos llevan.

Para este estudio se hizo uso de la estadística descriptiva y la estadística inferencial.

Con respecto a las edades, éstas se encontraron entre los 25 a los 85 años, el mayor número de participantes fueron mujeres con una frecuencia de 66.

La prevalencia del sobrepeso en los pacientes atendidos en la UAD es de un 65%, el 34% presentó obesidad tipo 1 y, el 1% presentó obesidad tipo 2 esto se debe de considerar de mayor importancia para el tratamiento no farmacológico que deben de llevar los pacientes con diabetes.

Para la calidad de vida, el 61.9% de la muestra la encuentra poco afectada, simultáneamente el 49.5% apuntan tener una máxima calidad de vida percibida y el 47.4% la consideran moderada.

En relación a la gravedad de diabetes, 39 casos reportan que no existe ninguna gravedad, mientras que 48 la consideran moderadamente grave y 10 indican que es extremadamente grave.

En tanto al análisis de correlación, se aplicó la correlación de Pearson a las variables CV y HV y se consideraron sus factores de cada variable para el análisis.

Se obtuvo una correlación negativa baja entre las variables Calidad de Vida y Hábitos de Vida, esto para el total de la muestra.

Se realizó la correlación de Pearson por sexo y se obtuvo que sólo existe relación entre las variables en el caso de los hombres, siendo ésta una correlación negativa moderada.

Se aplicó t de Student para todos los sujetos, sobre las variables calidad de vida percibida y calidad de vida, se obtuvo, que existe una diferencia entre ellas ($g/ = 96$; $t = 10.198$, $p = .000$), mostrando que las personas pueden considerar que tienen una buena calidad de vida sin que realmente suceda. Además se observó un valor mayor en la media de la variable CVP ($X = 5.39$ y $D.E = 1.295$) con respecto a la CV ($X = 2.6500$ y $D.E. = 1.84750$).

De acuerdo con los resultados obtenidos y con el objetivo de esta investigación se concluye en rechazar la H_0 . ya que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y hábitos de vida en personas con diabetes y sobrepeso y obesidad.

SUGERENCIAS

La comorbilidad presente en estas dos enfermedades, la obesidad y el sobrepeso, con la diabetes, están cada vez más presentes en la actualidad en la población mexicana desarrollándose a edades más tempranas, siendo un problema de salud pública que debe de ocupar a las distintas áreas profesionales de la salud para su tratamiento y sobretodo en la prevención.

Dentro del tratamiento no farmacológico se encuentran los hábitos de vida, como la forma en la que cocinan sus alimentos los pacientes, las comidas que hacen al día, y la frecuencia con que realizan ejercicio físico. Siendo éstos determinantes para el cuidado de su salud y el seguimiento del tratamiento. Esto se debe de considerar, para la realización de programas sociales y para investigaciones futuras.

Hay que indagar más entorno a esta problemática de salud, realizando investigaciones y análisis multivariados entre las variables que más se relacionaron dentro de este estudio.

Se deben seguir realizando estudios en pacientes que presentan diabetes tipo 2 y la relación que tiene con el sobrepeso y la obesidad, ya que son enfermedades que van en aumento dentro de la población Mexicana.

Para investigaciones futuras, habría que incluir otras variables que pudieran proporcionar más información, como el ingreso de las personas, su escolaridad y su ocupación, así tendría más información para realizar otro tipo de análisis estadísticos.

Como trabajadores sociales se deben considerar las investigaciones previas para poder desarrollar programas sociales e intervenir en las problemáticas sociales;

en torno a la salud, se debe de abordar la parte de la prevención con base a los estudios realizados y a las necesidades de la población.

La relación entre la investigación y la práctica es fundamental ya que la teoría es la base para poder desarrollar los diversos proyectos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abbey, A., y Andrews, F.M. (1986). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research*, 16, 1-34. Doi: 10.1007/BF00317657
- Alonso, F. M., y Redondo, d R. M. P. (2002). El cuerpo humano: técnicas de estudio de la composición corporal. En Mijan, A. (Ed.), *Técnicas y métodos de la investigación en nutrición humana* (pp. 135-164) Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=8474291240>
- Álvarez y Guadarrama (inédito). Validación de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos de vida en personas con obesidad.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 161-164. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arredondo, A., y De Icaza, E. (2011). The cost of diabetes in Latin America: evidence from Mexico. *Value in health*, 14, 85-88. Doi: 10.1016/j.jval.2011.05.022
- Asociación Americana de Diabetes. (2012). Standards of Medical Care in Diabetes. Recuperado de http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11.full
- Balderas, R. D., y Balderas, R. I. (2015). Control clínico integral del sobrepeso y la obesidad. En Balderas, R. I. (Ed.), *Diabetes, obesidad y síndrome Metabólico: Un abordaje multidisciplinario* (pp. 347) Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=607448483X>
- Barquera, S., Campos, N. I., Hernández, B. L., Villalpando, S., Rodríguez, G. C., Durazo, A. R., y Aguilar, S. C. A. (2010). Hypertension in Mexican adults: results

from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Publica Mex.* 52, 63-71. Doi: 10.1590/S0036-36342010000700010

Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV, 537-546. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407>

Blázquez, M. M. S. L., Torres F. I. A., Pavón, L. P., Gogiascochea, T. M. d C., y Blázquez, D. C. R. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, 16, 883-890. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48719442005>

Bouchard, C. (1991). Genetic influences on body composition and regional fat distribution. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, 1991, 83, 354-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1816790>

Boyer, J. G., & Earp J. A. (1997). The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes; Diabetes-39. *Med Care*, 35, 440- 453. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9140334>

Campos, C. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista IIPSI*, 12, 89-100. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3757/3018>

Cantón, E. (2000). Ocupación del tiempo libre, ocio. Valencia: Universidad de Valencia (Master Universitario de Psicología y gestión Familiar, Módulo 5). isbn: 84-699-3208-X. L

Cardona, A. D., y Agudelo, G. H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23, 79-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108>

Coutinho, W. (1999). Consenso Latino-Americano de Obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 43, 21-67. Doi: 10.1590/S0004-27301999000100003

De Domingo Bartolomé, M; López Guzmán, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad. *Cuadernos de Bioética*, XXV, 273-284. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87532349006>

De la Paz, K.L., Proenza, L., Gallardo, Y., Fernández, S., y Mompié, L. A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *MEDISAN*, 16, 489-497. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001

Diario Oficial de la Federación. (2000). Tomo DLIX No.8 México Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2054773&fecha=31/12/1969

Di Iorgi, N., Napoli, F., Allegri, A. E. M., Oliveri, I., Bertelli, E., Gallizia, A., Rossi, A., Maghnie, M. (2012). Diabetes insipidus-Diagnosis and Management. *Hormone Research in Pediatrics*, 77, 69-84. Doi: 10.1159/000336333

Di Pietro, L., Anda, R. F., Williamson, D. F., y Stunkard, A. J. (1992). Depressive symptoms and weight change in a national cohort of adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16, 745-753. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1330954>

Feal, C. P. (1998). Diabetes Mellitus: un reto para la atención primaria de salud. *RESUMED*, 11, 3-5. Recuperado de <http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/>

Federación Internacional de la Diabetes. (2013). Atlas de la Diabetes. Recuperado de www.idf.org/diabetesatlas

Fondo de Población de las Naciones Unidas - Ministerio de la Protección Social Colombia, OPS Y OMS: Manual de procedimiento para la prestación de servicios de atención al adolescente. 2002. Bogotá, 156.

Gallegos, E., Ovalle, B. F., y Gómez, M. M.V. (2006). Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 344-351. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2006.00125.x

Generelo, E. (1998). Educación física y calidad de vida. En Martínez, d C. J. (Ed.), Deporte y calidad de vida (pp. 309-331). Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=848597770X>

Gerken, T., Girard, C. A., Tung, Y.-C. L., Webby, C. J., Saudek, V., Hewitson, K. S., ... Schofield, C. J. (2007). The Obesity-Associated FTO Gene Encodes a 2-Oxoglutarate-Dependent Nucleic Acid. Demethylase. *Science*, 318, 1469-1472. Doi 10.1126/science.1151710

Grimaldo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8, 17-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80115648003>

Gutiérrez, J. P. (2013). Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Pública de México*, 55, 106-111. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800006&lng=es&tlng=es.

Guzmán, M. R., Castillo, A., y García M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En Morales, J. A. (Ed.), *Obesidad un enfoque*

multidisciplinario (pp. 201-218) Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf

Han, T. S., Van Leer, E. M., Seidell, J. C., & Lean, M. E. (1995). Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. *British Medical Journal*, 311, 1401–1405.

Hernández, M., Gutiérrez, J. P., y Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 55, 129-136. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Esperanza de vida. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Instituto Nacional de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Kielhofner, G. (2004). Modelo de la Ocupación Humana: teoría y aplicación. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=hBQfhHCs-XIC>

Levy, L., y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. Recuperado de https://books.google.com/books/about/La_Tensión_psicosocial.html

Lifshitz, A. (Mayo, 2008). Diabetes Mellitus. Trabajo presentado en el seminario sobre el ejercicio actual de la medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ciudad de México. Méx. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html

- López, C., y Ávalos, M. A. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39, 331-345. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430556013>
- López, J. M. y Rodríguez, R. (2006). Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Salud Pública de México*, 48, 200-208. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n3/29735.pdf>
- Mainous, A. G., Diaz, V. A., y Everett, C. J. (2007). Assessing Risk for Development of Diabetes in Young Adults. *Annals of Family Medicine*, 5, 425–429. Doi: 10.1370/afm.705
- Marriner A, Raile M. (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería*. 5ª Ed. Barcelona: Mosly.
- Mata, B., y Camacho, M. d R. (2015). Sinopsis de la diabetes. En Balderas, R. I. (Ed.), *Diabetes, obesidad y síndrome Metabólico: Un abordaje multidisciplinario* (pp. 347) Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=607448483X>
- Mejía, B. F. (2010). Lo educativo en torno a la obesidad y el sobrepeso en México. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*, XL, 5-8 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27018884001>
- Mendoza, R., Sagrera, M. R., y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionados con la salud (1986-1990)*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=8400073916>
- Miranda, M. J., Domínguez, E., Arrollo, F. J., Méndez, P., y González, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en la diabetes mellitus tipo 1. *Anales de Pediatría*, 77, 329-333. Doi: 10.1016/j.anpedi.2012.03.005

Moreno, L., García, J. J., Soto, G., Capraro, S., y Limón, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista médica del hospital general de México*, 77, 86-95. Doi: 10.1016/j.hgmx.2014.07.002

Moreno, L., Limón, D. (2009). Panorama general y factores asociados a la diabetes. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 52, 219-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un095f.pdf>

Muñoz, D., Gómez, O., y Ballesteros, L. C. (2014). Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabéticos de bajos ingresos en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 16, 246-259. Doi: 10.15446/rsap.v16n2.38964

Orem D.(1991). *Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica*. 4 a Ed. Mosby-Year Book, Inc.

Orem D. (1993). *Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas MassonSalvat.

Orem D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6 Ed. United States of America: Mosby.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Prevención de la diabetes Mellitus*.

Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41935/1/9243208446_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *¿Qué es la diabetes?*. Recuperado de http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015a). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2015b). Diabetes. Nota descriptiva N°312
Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015c). Sobrepeso y Obesidad. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Enfermedades crónicas. Recuperado de
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). Obesity
Update 2012. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>

OMS y FAO. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades Crónicas. (Informe
N° 916). Ginebra. Recuperado de
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2014). Obesity
Update. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2015). Salud. Recuperado
de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>

Pando, A., Ruiz, M., Jódar, M., Garrido, J., De Rosendo, J. M., & Usán, L.A. (2004).
Desarrollo de un cuestionario para la valoración y cuantificación de los hábitos
de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, XIX,
99-119. Recuperado de www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3463.pdf

Peña, P. B., Terán, T. M., Moreno, A. F., y Bazán, C. (2009). Autopercepción de la
calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del
ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14, 53-61. Recuperado
de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47312308002>

- Pera, P. I. (2011). Living with diabetes: quality of care and quality of life. *Patient Preference and Adherence*, 5, 65–72. Doi: 10.2147/PPA.S16551
- Rodríguez, G. P. L. (2006). Educación física y salud en primaria: hacia una educación corporal significativa y autónoma. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=UcvJUQ_ifKEC&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Rodríguez, M. J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En J. Rodríguez Marín (Ed.), *Psicología social de la salud*. (pp. 224) ISBN: 9788477382898
- Rodríguez, A., y González, V. B. (2009). El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 25-41. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000100003&script=sci_arttext
- Rodríguez, S., González, C. T., Leroy, J. L., y González, D. (2006). Dietary patterns and overweight and obesity prevalence in Mexican women. *The FASEB Journal*, 20, Recuperado de http://www.fasebj.org/cgi/content/meeting_abstract/20/5/A999
- Rtveladze, K., Marsh, T., Barquera, S., Sánchez, L. M., Levy, D., Melendez, G., Webber, L., Kilpi, F., Mcpherson k., Brown, M. (2014). Obesity prevalence in Mexico: impact on health and economic burden. *Public Health Nutrition*, 17, 233-239. Doi: 10.1017/S1368980013000086
- Sánchez, C., Pichardo, E., López, P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140, 3-20. Recuperado de http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2004-140-SUP2-3-20.pdf

Sansgiry, S., Naik, A. D., Brown, A. C., & Latini, D. M. (2013). Quality of life among diabetes patients. *Value in a health*, 16, 196. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236927843_PHS64_Quality_of_life_among_diabetes_patients

Secretaría de la Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>

Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>

Secretaría de la Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Secretaría de Salud. (2010). Epidemiología. ISSN: 1405-2636 Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem43.pdf>

Secretaría de Salud. (2013). Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

Seuc, A. H., Domínguez, E., y Díaz, D.O. (2003). Esperanza de vida ajustada por diabetes. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532003000300005

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21. Doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Sigal, R.J., Kenny, G.P., Wasserman, D.H., y Castaneda, S. C. (2004). Physical Activity/Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 27, 2518-2539. Doi: 10.2337/diacare.27.10.2518
- Sindel, J. C. (2000). Obesity, insulin resistance and diabetes – a worldwide epidemic. *British Journal of Nutrition*, 83, 5-8. Doi: 10.1017/S000711450000088X
- Tejada, L. M., Grimaldo, B. E., y Maldonado, O. (2006). Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/index.html>
- Torres, L. T., Sandoval, D. M., y Pando, M. M. (2005). “Sangre y azúcar”: Representaciones sobre la diabetes en los enfermos crónicos del barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, 21, 101-110. Doi: 10.1590/S0102-311X2005000100012
- Tuero, C., y Márquez, S. (2013). Estilos de vida y actividad física. En Márquez, S., y Garatachea, N. (Eds.), *Actividad física y salud* (pp. 35-50) Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=8499695167>
- Veenhoven, R. (1998). Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo. En Girolamo d G., y col. (Eds), *Qualita' della vita e felicita.* (pp. 67-95). Recuperado de <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2001e-fulls.pdf>
- Villalpando, S., Cruz, V. d I., Rojas, R., Shamah-Levy, T., Ávila, M A., Gaona, B., Rebollar, R., y Hernández, L. (2010). Prevalence and distribution of type 2

diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Pública de México*, 52, 19-26. Doi: 10617418005

Wang, Z. M., Heshka, S., Pierson, R.N., y Heymsfield, S. B. (1995). Systematic organization of body-composition methodology: an overview with emphasis on component-based methods. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 61, 457-465. Recuperado de <http://ajcn.nutrition.org/content/61/3/457>

Ware, J.E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11, 396-415. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071941/>

Wilkin, T. J. (2001). The accelerator hypothesis: Weight gain as the missing link between type I and type II diabetes. *Diabetologia*, 44, 914-922. Doi: 10.1007/s001250100548

APÉNDICE

Se anexan los cuestionarios que se aplicaron para realizar la investigación:

Anexo 1

Cuestionario para la valoración y cuantificación de hábitos de vida relacionados con sobrepeso y obesidad

Álvarez y Guadarrama (inédito)

Edad: _____ Sexo: F / M Estatura: _____ Peso: _____ kg

IMC: _____

Instrucciones: Marca la casilla que más se asemeje a su respuesta. Los datos obtenidos son confidenciales y su uso será solo con fines de Investigación.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Al cocinar uso (o digo que usen) en la sartén la cantidad mínima de aceite.					
2. Soy consciente de las calorías que consumo a lo largo del día.					
3. Si como entre comidas, ingiero alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)					
4. Como verdura todos los días.					
5. Los lácteos que tomo son bajos en grasa.					
6. Como la carne y el pescado a la plancha o al horno en vez de frito.					
7. Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados.					

8. Me sirvo raciones pequeñas.					
9. Realizo un programa de ejercicio físico.					
10. Cuando tengo hambre entre horas ingiero tentempiés con pocas calorías.					
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
11. Como entre comidas si estoy bajo/a de ánimo					
12. Como carnes grasas.					
13. Hago ejercicio físico regularmente.					
14. Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomarlo.					
15 Como entre comidas si tengo ansiedad.					
16. Dedico tiempo cada día para hacer ejercicio.					
17. Cuando estoy aburrido/a me da hambre.					
18. Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, tequila, ron, whisky, etc.)					
19. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos.					
20. Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen.					

Anexo 2

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA DIABETES 39

Juan Manuel López-Carmona, MIC¹ Raymundo Rodríguez-Moctezuma, MIC²

Las siguientes preguntas se refieren al grado de afectación que la diabetes puede haber ocasionado en su calidad de vida *durante el último mes*. Por favor para cada una de las siguientes oraciones marque una cruz (X) en el número que refleje mejor que tan afectada ha sido su vida. El número 1 indica falta de afectación y el 7 afectación extrema. Si tiene alguna duda, con gusto se le prestará ayuda.

Se le suplica responder todas las preguntas.

Durante el último mes ¿en qué medida se vio afectada la calidad de su vida por las siguientes causas?

1.- El horario de los medicamentos para su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

2.- Preocupaciones por problemas económicos.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

3.- Limitación en su nivel de energía.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

4.- Seguir el plan indicado por su médico para el tratamiento de la diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

5.- No comer ciertos alimentos para poder controlar su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

6.- Estar preocupado (a) por su futuro.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

7.- Otros problemas de salud aparte de la diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

8.- tensiones o presiones en su vida.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

¹ Unidad de Medicina Familiar No. 91, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Coacalco, Estado de México, México.

² Maestro en Investigación Clínica, Módulo de Investigación, Hospital General, Regional 72 Lic. Vicente Santos Guajardo, Delegación Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social.

9.- Sensación de debilidad.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

10.-Restricciones sobre la distancia que puede caminar.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

11.- Los ejercicios diarios que ha de hacer por su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

12.- Visión borrosa o pérdida de la visión.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

13.- No poder hacer lo que quisiera.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

14.- Tener diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

15.-El descontrol de azúcar en la sangre.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

16.- Otras enfermedades aparte de la diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

17.- Hacerse análisis para comprobar sus niveles de azúcar en la sangre.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

18.- El tiempo requerido para controlar su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

19.-Las restricciones que su diabetes impone a su familia y amigos.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

20.- La vergüenza por tener diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

21.- La interferencia de su diabetes en su vida sexual.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

22.- Sentirse triste o deprimido.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

23.- Problemas con respecto a su capacidad sexual.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

24.- Tener bien controlada su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

25.- Complicaciones debidas a su diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

26.- Hacer cosas que su familia y amigos no hace.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

27.- Tener que anotar los niveles de azúcar en la sangre.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

28.- La necesidad de tener que comer en intervalos regulares.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

29.- No poder realizar labores domésticas u otros trabajos relacionados con la casa.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

30.- Menor interés en su vida sexual.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

31.- Tener que organizar su vida cotidiana alrededor de la diabetes.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

32.- Tener que descansar a menudo.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

33.- Problemas al subir las escaleras.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

34.- Dificultades para sus cuidados personales (bañarse, vestirse o usar el sanitario)

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

35.- Tener el sueño intranquilo.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

36.- Andar más despacio que otras personas.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

37.- Ser identificado como diabético.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

38.- Interferencia de la diabetes con su vida familiar.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

39.-La diabetes en general.

Nunca afecta en absoluto Siempre

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 afectada

Calificación global

1.- Por favor marque con una cruz (X) el cuadro que indique la calificación de su calidad de vida.

Mínima calidad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Máxima calidad

2.- Por favor marque con una cruz (X) el cuadro que indique lo que usted piensa de la gravedad de su diabetes.

Ninguna gravedad

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Extremadamente grave