

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. CLAUDIA HERNÁNDEZ SALINAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. CLAUDIA HERNÁNDEZ SALINAS

Director de Tesis

ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. CLAUDIA HERNÁNDEZ SALINAS

Co-Asesor de Tesis

ME. IRMA GUADALUPE ROJAS GARZA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LIC. CLAUDIA HERNÁNDEZ SALINAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2007

TÍTULO: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER
ADULTA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Aprobación de Tesis

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD
Director de Tesis

Esther C. Gallegos Cabriaes, PhD
Presidente

ME. Irma Guadalupe Rojas Garza
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
Vocal

MSP. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el otorgamiento de beca que me permitió realizar la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la MSP. Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado por el apoyo brindado para la realización de esta Maestría.

A Esther C. Gallegos Cabriales, PhD; por su guía en cada momento, y por su enseñanza invaluable para la culminación de este proyecto; es usted modelo a seguir.

A Bertha Cecilia Salazar González, PhD; por sus valiosas aportaciones para el mejoramiento de este trabajo.

Al personal docente, en especial a la Dra. Edith Cruz Quevedo, por su paciencia y disposición a la enseñanza.

Al Personal administrativo de esta Facultad, por las atenciones otorgadas, en especial a Guadalupe Villalobos (Lupita), por estar siempre interesada y atenta a lo que se requería pero sobre todo por recibimos cada día con una sonrisa y con ella hacernos más sutil la jornada.

A mis compañeras y amigas con las que caminé la mitad del trayecto (Dariela, Leticia, Angélica, Rosy, Carolina, Lorena, Perla) y que después aún estando en distancias diferentes me brindaban la mano para continuar.

A Rosy y Maribel, que puedo decirles; su apoyo y solidaridad en los momentos más difíciles le dan un nuevo significado a la amistad; existen personas a las que no olvidas pues dejan huella por breve que haya sido su paso y ustedes son de esas.

Dedicatoria

A mi madre no solo por darme la vida sino por ser ejemplo de fortaleza y tenacidad; por tu apoyo incondicional en las decisiones que tomo, por tu entrega hacia tus hijos y ahora hacia mi hija; no existe palabras para expresarte el amor que te tengo, te amo mami.

A mis hermanos por creer en mi pero más que nada a ti Juan por ser mi ejemplo, porque si hay alguien a quien debo llamar padre eres tú, sin tu sacrificio no hubiera podido llegar a estos momentos; y a ti Oscar por ser quien desde pequeños esta a mi lado, por tu apoyo en cada una de mis metas, te quiero mucho manito.

A mis sobrinos Jesús y Joselin, cuyas sonrisas iluminan y alegran cada día de la vida. Son un cachito de mi corazón, espero verlos de este lado algún día.

A ti Francisco porque más que un sueño eres mi realidad, porque al pronunciar tu nombre se que delecto mi destino; pero sobre todo por demostrarme que tu amor va más allá del tiempo y distancia, por ser quien me da la fuerza necesaria para seguir luchando; por hacer tuyo cada sueño y deseo mío. Tu entusiasmo e impulso es lo que me ha traído hasta aquí, este logro también es tuyo, sin ti no hubiera sido posible, ahora vas tu amor.

A ti hija, mi Yutlani, porque me llenaste de alegría al saber que llegabas, porque te quise desde antes de conocerte y volví a nacer al sentirte viva; eres la razón de despertar y luchar cada día.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	10
Objetivos	12
Definición de Términos	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestreo y Muestra	14
Mediciones e Instrumentos	15
Consideraciones Éticas	16
Procedimiento de Recolección de la Información	17
Análisis de Datos	19
Capítulo III	
Resultados	21
Características Demográficas y Clínicas de las Participantes	21
Datos de Objetivos	22

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	36
Conclusiones	39
Recomendaciones	39
Referencias	40
Apéndices	
A. Carta de Autorización	46
B. Consentimiento Informado	47
C. Cédula de Datos Personales	50
D. Procedimiento para Toma de Peso y Talla	51
E. Procedimiento para Toma de Circunferencia de Cintura	52
F. Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD)	53
G. Cuestionario de Barreras en Diabetes (CBD)	54

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Grado de sobrepeso y obesidad por IMC	18
2 Clasificación de sobrepeso y obesidad mediante el índice de masa corporal	21
3 Prueba de Kolmogorov-Smirnov	22
4 Relación entre requisitos de autocuidado y barreras percibidas	27
5 Estadística descriptiva del CACD y la relación que guarda con los requisitos de AC	30
6 Definición de los requisitos de autocuidado universales por mujeres con DMT2	32
7 Definición de los requisitos de desviación de la salud por mujeres con DMT2	34

Resumen

Lic. Claudia Hernández Salinas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2007

Título del estudio: REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA
MUJER ADULTA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Número de páginas: 54

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria

Área de estudio: Salud Comunitaria

Propósito y método de estudio: El propósito de este estudio fue explorar la percepción de requisitos de autocuidado respecto a los requisitos universales de autocuidado y de desviación de la salud en la mujer adulta con diabetes mellitus tipo 2. El diseño utilizado fue mixto, por componentes; diseño apropiado para describir numéricamente, a la vez que explicar desde el punto de vista del entrevistado, los requerimientos de autocuidado en DMT2. Para el área cuantitativa, la muestra estuvo conformada por 194 mujeres adultas diagnosticadas médicamente con DMT2; mientras que para el área cualitativa se entrevistaron 10 participantes de las que respondieron los cuestionarios.

Contribuciones y conclusiones: El promedio de edad de las participantes fue 61.27 años ($DE = 9.60$), educación 7 años ($DE = 4.88$) y años de diagnóstico 11.77 ($DE = 9.05$). De esta muestra, sólo un 15.5% tuvo peso normal, lo que sugiere que el balance entre consumo y gasto calórico no es apropiado. Lo expresado por las participantes en esta investigación permitió conocer que perciben cinco de los ocho requisitos universales o básicos, y los seis requisitos de desviación de la salud, propuestos por Orem. Las barreras al tratamiento percibidas por las pacientes corresponden con cuatro de los seis requisitos de desviación de la salud y dos universales; el ejercicio y monitoreo por destrostix, son las actividades de autocuidado menos realizadas, lo anterior dista de lo expresado por las participantes quienes mencionaron realizar ejercicio. El número de requisitos percibidos y expresados por las participantes, supondría una adecuada conducta de autocuidado; sin embargo aún cuando la mayoría de los requisitos fueron percibidos, las acciones de autocuidado reportadas fueron escasas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La diabetes mellitus es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina. La diabetes tipo 2 (DMT2) es la forma con mayor prevalencia del grupo de enfermedades que comprenden este síndrome. Este padecimiento ocurre en individuos que tienen resistencia a la insulina más un defecto en la actividad secretora de la misma (Ríos & Rull, 2003, p. 9). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición reporta una prevalencia global del 7% de esta enfermedad crónica, siendo ligeramente mayor en las mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%). En el grupo de 50 a 59 años, dicha proporción fue de 13.5%, 14.2% en mujeres y 12.7% en hombres; mientras que en el grupo de 60 a 69 años, la prevalencia fue de 19.2%, 21.3% en mujeres y 16.8% en hombres (Rojas, 2006, p. 80).

La DMT2 se situó como primer causa de mortalidad general en el 2005 (Secretaría de Salud, 2007, p. 29) y la segunda en mujeres adultas (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [SS] & Dirección General de Estadística e Informática [DGEI] 2006). Estos hechos justifican que esta enfermedad se considere un problema de salud pública, tanto en el país como a nivel mundial, ya que además del costo moral y emocional, representa una carga económica a la sociedad (Barceló, Aedo, Rajpathak & Robles, 2003).

La persona con diabetes que inicia su enfermedad antes de los 40 años de edad se expone por un tiempo mayor a los efectos adversos de la hiperglucemia (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Secretaría de Salud [SS], 2003); porque a diferencia de otras enfermedades crónicas (ej. la artritis), la DMT2 puede no producir ninguna sintomatología por largos períodos de tiempo, sin que necesariamente signifique que no se han desarrollado. Este mismo hecho favorece que los adultos que la padecen se despreocupen de observar rigurosamente el tratamiento prescrito, poniéndolos en

riesgo de complicaciones agudas y crónicas como retinopatía, insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares (American Diabetes Association [ADA], 2006).

Por lo anterior, el autocuidado es el modelo apropiado de cuidado para personas con enfermedades crónicas. El control efectivo de la DMT2, como enfermedad crónica, depende de actividades de autocuidado tales como dieta, ejercicio, monitoreo de la glucosa y administración de medicamentos (Sousa & Zauszniewski, s.f.). En consecuencia la teoría del autocuidado representa un marco teórico apropiado para abordar el presente estudio; de acuerdo a esta teoría las personas maduras y en proceso de maduración llevan a cabo acciones deliberadas que favorecen su estado de salud para lo cual desarrollan capacidades especiales (Orem, Taylor & McLaughlin, 2001).

Tanto las acciones como las capacidades de autocuidado buscan satisfacer tres tipos de requisitos: a) requisitos básicos o universales, b) requisitos relativos al desarrollo y c) aquellos que se derivan de la enfermedad misma. Estos requisitos, al igual que las capacidades y las acciones de autocuidado, son influenciados por condiciones externas e internas al individuo, llamados factores condicionantes básicos (FCBs); éstos factores tienen temporalidad y alteran el tipo y las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado (Orem et al., 2001).

La literatura revisada, reporta que los adultos que sufren DMT2 son continuamente cuestionados sobre el conocimiento que tienen del padecimiento y/o tratamiento, efectividad del tratamiento, capacidades para llevar a cabo las acciones necesarias para el cuidado de la enfermedad, así como el apego a dicho tratamiento (Estrada-Chávez, Gámez-Contreras & Cruz-Pérez, 2004; Gallegos, Cárdenas & Salas 1996; Guzmán-Pérez, Cruz-Cauich, Parra-Jiménez & Manzano-Osorio, 2005; Pace, Ochoa-Vigo, Larcher & Morais, 2006). Sin embargo, hasta donde se hizo la búsqueda, no se localizaron estudios sobre la percepción de requisitos de autocuidado en población adulta mexicana con DMT2.

Por lo anterior, el propósito de este estudio es explorar la percepción de

requisitos de autocuidado respecto a los requisitos universales de autocuidado y de desviación de la salud en la mujer adulta con diabetes mellitus tipo 2.

Marco de Referencia

El presente estudio se fundamenta en la teoría de rango medio del autocuidado (Orem et al., 2001); específicamente en el subconcepto requisitos de autocuidado. A continuación se presenta una explicación de esta teoría profundizando en el subconcepto requisitos de autocuidado (RqsAC), particularmente en los requisitos universales y de desviación de la salud, así como en el concepto periférico factores condicionantes básicos.

Orem et al. (2001, p. 131) mencionan que el autocuidado es una actividad aprendida del individuo y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno. Es decir, el conjunto de acciones aprendidas y realizadas que conforman el autocuidado tienen como propósito satisfacer los requisitos de autocuidado en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Los RqsAC se dividen en tres tipos: a) requisitos universales, b) del desarrollo y c) de desviación de la salud (Orem et al., 2001, pp. 136-151). En este estudio se abordaron solamente los Rqs universales y los de desviación de la salud.

Los RqsAC universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital; están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento y al bienestar general. La autora sugiere ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos; los primeros se refieren al aporte suficiente de aire y agua, los cuales no serán incluidos en el estudio, los seis que se contemplan se describen a continuación:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. Los alimentos proporcionan al individuo los materiales requeridos para la producción de energía. En el caso de las

personas con DMT2 debe existir una moderación en el consumo de alimentos de origen animal y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra. El aporte energético total en mujeres debe adecuarse, a fin de mantener un peso recomendable, evitándose un plan de alimentación con menos de 1200 calorías (cal.) al día (Secretaría de Salud y Asistencia [SSA], 1994).

2. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos, asegurando la integridad y su regulación. La cantidad de orina excretada en 24 horas por un adulto en circunstancias ordinarias varía entre 1200 y 1500ml. El riñón normal puede, dependiendo de la ingesta, eliminar por hora de 25 a 1200ml. Generalmente del 40% al 60% del líquido total ingerido en las 24 horas se expulsa por los riñones, pero la cantidad de orina formada debe necesariamente variar en razón inversa con la cantidad de líquido eliminado por otras vías como pulmones, piel e intestino. La orina producida y eliminada durante el día (8:30 a.m. a 8:30 p.m.) es, normalmente, de 2 a 4 veces mayor que la producida durante la noche (Guyton & Hall, 2001).

3. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: se refiere al control del gasto de energía voluntario; regula los estímulos ambientales y proporciona variedad para expresar los intereses y talentos derivándose un sentido de bienestar. La actividad física habitual tiene un efecto protector contra la diabetes, se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante períodos de 20 a 40 minutos de tres a cinco días a la semana (Zúñiga, 2003, p. 93). Cuando la persona tratada con hipoglucemiantes prolonga el tiempo de actividad física aumenta el riesgo de hipoglucemia, ya que se produce un desequilibrio entre la ingesta y los requerimientos corporales (Calzada, 2003, p. 146), por lo que el paciente debe destinar tiempo al descanso.

4. Equilibrio entre la soledad y la interacción humana: este equilibrio proporciona las condiciones necesarias para adquirir conocimiento, formar valores y expectativas,

logrando una sensación de seguridad y realización.

5. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. Este requerimiento se refiere al mantenimiento de la integridad humana y, por lo tanto, a la promoción efectiva del funcionamiento y desarrollo humano. Conocer, practicar, anotar, interpretar e informar al médico los cambios producidos en el tratamiento por parte del paciente facilita y propicia las condiciones para mejorar el control y permite estar preparado para reconocer situaciones nuevas de peligro y corregirlas o para consultar al médico (Quibrera, 2003).

6. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo al conocimiento de las limitaciones y el deseo de alcanzar la normalidad; este requisito promueve condiciones que llevan al individuo a sentir y conocer su individualidad y su globalidad. En el caso del paciente adulto con DMT2 este requisito sugiere que aspira a mantener la normalidad en su vida diaria conservando su funcionalidad y facilitando el proceso de desarrollo que concluye hasta la terminación de la vida. Esto podría traducirse en acciones que faciliten su bienestar y calidad de vida.

Cabe aclarar que Orem et al. (2001, p. 142) reconocen que existe una relación entre los requisitos universales de autocuidado, por ejemplo la prevención de peligros y la promoción de la normalidad están naturalmente relacionadas entre ellos y con el resto de los requisitos.

Orem et al. (2001) plantean los requisitos de autocuidado de desviación de la salud para las personas enfermas o lesionadas, con formas específicas de patología, incluyendo defectos e incapacidades, y que están bajo diagnóstico y tratamiento médico. Hay seis categorías de requisitos de desviación de la salud:

1. Búsqueda de asistencia médica apropiada. Para el adulto que sufre de DMT2 el reconocimiento de este requisito o necesidad es crítico, ya que el descontrol puede no producir ningún síntoma y si la persona no ha desarrollado cierto nivel de percepción, el desarreglo puede pasar desapercibido y no acudir al lugar indicado por ayuda

profesional (Mercado, 2003).

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la DMT2. Como enfermedad degenerativa la DMT2 con el transcurso del tiempo genera alteraciones en el organismo a consecuencia del metabolismo anormal tanto de la glucosa como de las proteínas y lípidos. A largo plazo la hiperglucemia resulta en daño de los nervios y de los vasos pequeños tanto de la retina como de los glomérulos renales. El mal control prolongado de la diabetes también resulta en un proceso aterógeno acelerado que puede afectar las arterias coronarias, cerebrales y periféricas; de estas últimas se afectan sobre todo las extremidades inferiores (Ríos & Rull, 2003).

3. Llevar a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prescritas por el médico. El apego al tratamiento se refiere a la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas y modificar su estilo de vida; el tratamiento adecuado se relaciona con el retardo en la aparición y progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, por lo que parece razonable recomendar un control estricto de su tratamiento (Durán-Varela, Rivera-Chavira & Franco-Gallegos, 2001).

4. Estar conciente y prestar atención de los efectos del tratamiento médico que puedan provocar malestar o deterioro. El tratamiento de la DMT2 puede acarrear además de hipoglucemias, ciertos afectos colaterales como, diarrea, acidosis láctica, flatulencias hepatotoxicidad, edemas, descompensación de insuficiencia cardiaca, entre otros; estas en ocasiones son manifestaciones de una complicación aguda y que en la mayoría de los casos podrían prevenirse (Lavalle, 2003, pp. 101-112).

5. Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular. El adulto con DMT2 va más allá de un organismo que requiere corrección de los factores que vuelven insuficiente el efecto de la insulina; es una persona con emociones propias afectadas por la enfermedad y la actitud de la comunidad hacia él porque tiene diabetes (Zorrilla, 2003, p. 316).

6. Aprender a vivir con los efectos de la condición patológica y de los efectos del tratamiento médico. La persona con DMT2 debe vivir y convivir con la enfermedad, de tal manera que pueda aprender a manejar su problema por sí mismo (García, Gutiérrez, Borroel, Oramas & Vidal, 2002).

Estos requisitos son modificados por los "factores condicionantes básicos" (FCBs). Los FCBs se definen como condiciones internas y externas al individuo que tienen temporalidad y afectan los requisitos de autocuidado alterando la forma de satisfacerlos. Los FCBs incluyen características que describen al individuo como la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, así como los factores del sistema de cuidado de salud (diagnóstico y tratamiento médico), factores del sistema familiar, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de recursos (Orem et al., 2001, p. 152). Para el presente estudio se eligieron edad, escolaridad y años de diagnóstico, este último representa el estado de salud.

Con el fin de complementar la especificación de los requisitos de autocuidado en el adulto con DMT2, se introduce la teoría clínica-fisiopatológica sobre esta enfermedad crónica. La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizada por hiperglucemia crónica, causada por defectos en la secreción, acción, o ambas, de la insulina (The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus, 2003). La diabetes se divide en tres tipos principales (también llamados clases o formas); sin embargo este trabajo se enfocó a la DMT2.

La diabetes mellitus tipo 2 es un síndrome que resulta de la secreción y/o utilización deficiente de la insulina; ocurre en individuos que tienen resistencia a la insulina, mas un defecto en la capacidad secretora de la misma (Ríos & Rull, 2003). En la mayoría de los pacientes con DMT2 la obesidad es la causa de resistencia a la insulina, en quienes el exceso de grasa corporal está acumulada principalmente en la región del abdomen (DeFronzo, Ferrannini, Keen & Zimmet, 2004).

La diabetes tipo 2 frecuentemente no es diagnosticada durante varios años,

porque la hiperglucemia no es lo suficientemente severa como para provocar síntomas notables de diabetes. Sin embargo, tienen riesgo de desarrollar complicaciones macro y microvasculares aún antes de diagnosticarse (DeFronzo et al., 2004).

En los últimos años se ha demostrado que el control adecuado de la diabetes permite llevar una vida prácticamente normal tanto en calidad como en duración (Ovalle, 2003); este control requiere un cuidado integral por parte del paciente para llevar a cabo el tratamiento cuyos objetivos principales son: mantener el equilibrio metabólico y prevenir la aparición o avance de las complicaciones agudas y crónicas (Manzano & Zorrilla, 2003).

Manzano y Zorrilla, mencionan que la clave para mantener el control adecuado de la diabetes es conseguir un balance correcto entre los diversos elementos del tratamiento y el seguimiento. Los elementos del plan general de atención deben incluir alimentación, ejercicio, tratamiento farmacológico, educación del paciente, automonitoreo y vigilancia de complicaciones. Esta última incluye la evaluación del control metabólico, exploración física y pruebas de laboratorio y gabinete.

La adecuada nutrición es parte integral de los cuidados y asistencia total de las personas con diabetes mellitus. Sin embargo el apego a la planificación de las comidas suele requerir de ciertos cambios en el estilo de vida que son difíciles para el paciente. Es indispensable la asistencia nutricional individualizada que permita una valoración nutricional, modificación de los hábitos de alimentación habituales, metas de tratamiento y vigilancia de los resultados metabólicos deseados (ADA, 2006; Kathleen & Escott-Stump, 2001).

Para lograr un control de la diabetes se recomienda proporcionar las calorías adecuadas para mantener o alcanzar el peso razonable de un adulto. El plan de alimentación no es solamente una restricción de calorías, tiene por objeto asegurar el consumo de una alimentación equilibrada, que incluya verduras, frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, además de un adecuado consumo de agua

que consiste en aproximadamente dos litros al día (Manzano & Zorrilla, 2003).

Se recomienda consumir una alimentación balanceada en carbohidratos, proteínas y grasas. El valor calórico total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal./Kg./día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal./Kg./día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular. Se recomienda que el valor calórico total derivado de los macronutrientes, para mantener un peso recomendable sea: menos del 30% de grasas, de las cuales no más del 10% corresponderá a grasas saturadas, con predominio de las monoinsaturadas (hasta 15%); 50%-60% de hidratos de carbono predominantemente complejos (menos del 10% de azúcares simples), más de 35g de fibra, preferentemente soluble. En general, no más de 15% de las calorías totales corresponderá a las proteínas (1,2 g/Kg. de peso corporal/día); la ingestión de colesterol no será mayor de 300 mg/día (SSA, 1994).

Para prescribir un plan de alimentación individual se requiere tomar en cuenta ciertos parámetros como: edad, género, peso, estado nutricional, actividad física, alimentos de preferencia, estilo de vida, esquema de tratamiento, tipo de tratamiento, cifras de presión sanguínea, nivel de lípidos y pruebas de funcionamiento renal. Otro factor a considerar es la respuesta individual al régimen nutricional con respecto a la meta que se busca. En lugar de hacer énfasis en el porcentaje calórico que debe consumirse se requiere enfocarse en los alimentos que consume el paciente, los cambios que pudieran ser benéficos y los cambios que está dispuesto o sea capaz de lograr, puesto que al final es la persona quien decide que alimentos consumir (Solano, 2003).

El efecto del ejercicio en personas con diabetes depende de factores como; tipo de ejercicio, cantidad de insulina disponible, grado de control de la diabetes y estado de hidratación. El ejercicio mejora la resistencia a la acción de la insulina y favorece la mejor utilización de la glucosa muscular, con la consecuente mejoría del control metabólico (Zúñiga, 2003).

Para que el ejercicio produzca los cambios que se pretenden conseguir, se

recomienda la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante períodos de 20 a 40 minutos, con una intensidad del 50 a 70% de la capacidad máxima aeróbica ($FC_{max} = 220 - \text{edad del paciente}$), ésto depende de la edad, tiempo disponible y el nivel de entrenamiento físico. Par lograr mejorar la capacidad cardiovascular, el control glucémico y metabólico, así como la sensibilidad a la insulina, tiene que realizarse como mínimo tres sesiones por semana o sesiones en días alternos (SSA, 1994; Zúñiga, 2003, p. 94).

Para prevenir complicaciones en el paciente con DMT2 se recomienda, al momento de establecer el diagnóstico y durante el seguimiento de la enfermedad, efectuar un estricto control médico y automonitoreo para detectar oportunamente signos y síntomas de alteraciones micro y macrovasculares. La búsqueda de estas complicaciones se lleva a cabo mediante una cuidadosa revisión clínica, que incluye el examen de los reflejos, de la sensibilidad periférica, dolor, tacto, temperatura, vibración, posición, examen visual, calzado inadecuado, deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, descuido, alcoholismo y tabaquismo, exámenes de laboratorio para determinar la presencia de un marcador de nefropatía y dislipidemias (SSA, 1994).

Estudios Relacionados

Las investigaciones sobre requisitos de autocuidado o su equivalente requisitos de autocuidado percibidos en personas con DMT2, son escasos. Lo disponible se centra en tipo de autocuidado que llevan acabo los pacientes, lo cual puede considerarse una forma indirecta de conocer dichos requisitos y que la acción tiene como finalidad satisfacerlos. En este apartado se describen estudios que proporcionan resultados sobre las variables de los requisitos de autocuidado.

Albright, Parchman, Burge e Investigators Residency Research Network South Texas (2001) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre factores como características del paciente, relación médico-paciente, estrés y contexto social con

las conductas de autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2. Encontraron que dentro de las características del paciente, la edad se relacionó significativamente con la toma de examen de glucosa ($p = .046$) y la toma de medicamentos ($p = .001$); el género con la realización de ejercicio ($p = .049$), es decir los hombres realizaban mayor ejercicio que las mujeres. El contexto social (apoyo familiar) fue significativamente asociado con tres de las cuatro conductas de autocuidado, toma de medicamentos ($p = .013$), ejercicio ($p = .016$) y dieta ($p = .001$).

De Alba García et al. (2007) con el objetivo de identificar estilos de vida y prácticas de autocuidado en el manejo de la DMT2, realizaron un estudio cualitativo realizando entrevistas profundas en dos grupos pareados por años de diagnóstico y tratamiento médico con buen y pobre control de la diabetes. El 13% del grupo con buen control respondió que la vida con diabetes era la misma e incluso identificó aspectos que los hacían sentir que sus vidas eran mejores con diabetes citando cambios como pérdida de peso, aprender a comer y más tranquilidad en sus vidas. Las motivaciones para el mantenimiento de actividades de autocuidado fueron, los niños, esposo, uno mismo, familia, nieto, Dios y amor a la vida; el 35% del grupo con buen control y 29% del grupo de pobre control mencionó la automotivación.

En cuanto a las prácticas globales para el manejo de la enfermedad, el grupo con buen control mencionó que el control del azúcar incluye, dieta, medicamento, ejercicio y soporte médico; mientras que el 6% del grupo de pobre control mencionó estas actividades, mismo que reportó caminar más (55%) que el de buen control (35%). Ambos grupos mencionaron la dieta como parte del esfuerzo para el control de la diabetes, así como problemas económicos para seguirla.

Bolaños y Sarría-Santamera (2003), realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de investigar la percepción que las personas con DMT2 tienen sobre esta enfermedad. Los pacientes manifestaron tener escasa información sobre las consecuencias de la diabetes y que el hecho de no tener síntomas dificulta la percepción

de la gravedad de la enfermedad.

Hernández-Ronquillo, Téllez-Zenteno, Garduño-Espinosa y González-Acevez (2003) investigaron la frecuencia y los factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con DMT2. Participaron 79 pacientes, el promedio de edad fue de 59 años ($DE= 11$); el 73% fueron mujeres, el 82% tenía nivel educativo menor o igual a primaria. El incumplimiento en la dieta fue de 62%, en el ejercicio 85%, en la toma de hipoglucemiantes orales 17%, en la aplicación de insulina 12% y en el cumplimiento de las citas 3%. Un 87% refirió no poder seguir una dieta lo suficientemente adecuada por la dificultad para cambiar sus hábitos; el 30% por razones económicas. Respecto al ejercicio, nueve pacientes (27%) refirieron no hacerlo porque tenían una enfermedad asociada, 15 pacientes (45%) por la falta de tiempo y nueve (27%) por la motivación y la cultura (falta de motivación, idiosincrasia y cambios en sus hábitos).

Ríos y Legorreta (2005) con el objetivo de comparar la distribución de grasa corporal en diabéticos tipo 2 realizaron un estudio transversal comparativo con 1,144 diabéticos mayores de 30 años de edad. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, sedentarismo y tiempo de diagnóstico de la diabetes. Encontraron que de la población estudiada, 81% fue mayor de 50 años de edad, 63% correspondió al sexo femenino, el 45% tenía diagnóstico de diabetes durante los últimos 10 años.

En síntesis los estudios revelan que las actividades de autocuidado que se reportan son el ejercicio, dieta, automonitoreo de glucosa sanguínea y apego al tratamiento, por lo cual presumimos que el adulto con DMT2 al llevar a cabo estas actividades buscan satisfacer los requisitos de autocuidado necesarias para el control de la enfermedad.

Objetivos

1. Describir los requisitos de autocuidado percibidos por la mujer adulta con DMT2.
2. Concluir si las dificultades o barreras al tratamiento muestran correspondencia con

los requisitos de autocuidado reportados por el paciente.

3. Determinar la congruencia entre requisitos de autocuidado percibidos por las participantes y los derivados de las acciones de autocuidado.

4. Definir en forma preliminar requisitos de autocuidado universales y derivados de la enfermedad percibidos por la mujer adulta con DMT2 bajo el concepto general de la teoría del autocuidado.

Definición de Términos

Requisitos de autocuidado universales. Reflexiones formuladas y expresadas por la persona con DMT2 sobre acciones que sabe son necesarias para su funcionalidad y desarrollo.

Requisitos de desviación de la salud; requerimientos específicos debido a la DMT2 deben satisfacerse en determinado tiempo y oportunidad.

Acciones de autocuidado, se refiere al cumplimiento en los últimos siete días del tratamiento estándar de la DMT2. Se considera una forma indirecta de identificar requisitos de autocuidado.

Barreras al tratamiento. Dificultades percibidas por el paciente que demuestra el incumplimiento del tratamiento a la DMT2. Se considera como forma indirecta de identificar requisitos de autocuidado.

FCBs. Condiciones específicas del paciente que influyen en la satisfacción de los requisitos de autocuidado.

Se incluyen además las variables índice de masa corporal y circunferencia de cintura, que servirán para describir clínicamente a la muestra estudiada.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se especifican el diseño seleccionado para responder a los objetivos planteados, así como la población de interés, el tipo de muestreo y tamaño de la muestra. Se incluye además los instrumentos utilizados en la recolección de la información, los procedimientos seguidos para su aplicación, las consideraciones éticas del estudio y las estrategias seguidas en el análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño seleccionado fue de tipo mixto, por componentes (Polit & Hungler, 2000, p. 256). El enfoque cualitativo se aplicó por medio de entrevista y análisis de contenido (Piñuel, 2002); el cuantitativo con la aplicación de dos cuestionarios que permitieron mostrar datos resumidos. Este diseño fue apropiado por la esencia del estudio que buscó describir numéricamente, a la vez que explicar desde el punto de vista del entrevistado, los requerimientos de autocuidado en DMT2.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés la constituyó mujeres adultas diagnosticadas médicamente con DMT2, que reciben cuidado ambulatorio en una institución de seguridad social, de segundo nivel de atención. El tipo de muestreo fue no probabilístico. La muestra quedó conformada por 194 mujeres con DMT2, estimada para una población finita mediante el paquete n'Query Advisor ® Versión 4.0 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) para obtener resultados con un nivel de confianza de 95% y error de .05 y efecto medio del 20%; esto para el aspecto cuantitativo.

Las entrevistas se aplicaron a diez pacientes de la muestra reclutada para el

llenado de los cuestionarios, que accedieron a la misma. El reclutamiento de participantes se llevó a cabo en un centro de salud donde acuden las personas a recibir atención a su padecimiento crónico. Se partió del supuesto que quienes acuden asiduamente a sus citas de control, tienen experiencia y conocimiento sobre sus necesidades de cuidado.

Mediciones e Instrumentos

Las mediciones centrales del estudio se efectuaron por instrumentos de lápiz y papel; se incluyeron además las de tipo antropométricos y clínicas que permitieron describir la muestra estudiada. Los datos cualitativos se colectaron por entrevista individual.

Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (CACD) elaborado por Toobert y Glasgow (1993): el propósito de este instrumento es valorar las actividades de cuidado que realizó el paciente durante los siete días previos a la entrevista, en cuatro áreas: a) dieta, reactivos 1, 2, 3, 4 y 5; b) ejercicio; 6, 7 y 8; c) monitoreo de la glucosa 9 y 10; y d) tratamiento médico 11 y 12.

El CACD se responde bajo dos patrones de respuesta: múltiple y continuo. El reactivo 1 posee las siguientes opciones de respuesta: 1= *siempre*, 2= *generalmente*, 3= *algunas veces*, 4= *casi nunca* y 5= *nunca*; los reactivos 2, 3, 4, 5, 7 y 10 contiene respuestas en porcentaje: 1= 0%, 2= 25%, 3= 50%, 4= 75% y 5= 100% de ellas el 7 tiene una respuesta más, 6= *no lo tengo recomendado*. Las respuesta de los reactivos 6 y 8 indican cantidad de días (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7); finalmente la escala de respuesta de los reactivos 9, 11 y 12 es de: 1= *todos los días*, 2= *la mayoría de los días*, 3= *algunos días*, 4= *ninguno*, y para los dos últimos reactivos la opción 5= *no lo tengo indicado*. El puntaje mínimo que se puede obtener es de 7 con un máximo de 61, donde mayor puntuación corresponde a mayor nivel de acciones de autocuidado realizadas por la persona con DMT2. Para mantener la dirección del puntaje se invirtieron los reactivos 1,

4, 5, 9, 11 y 12. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana reportando un Alpha de Cronbach de .68 (López, 2001).

El Cuestionario Barreras en Diabetes (Mollem, Snoek & Heine, 1996), mide los obstáculos percibidos por el paciente para llevar a cabo su tratamiento. Contiene 27 reactivos divididos en tres subescalas: I Autocontrol y consejos del personal de salud (reactivos del 1 al 8); II aplicación de insulina, monitoreo de glucosa en sangre y autorregulación en general (9 al 18) y III autorregulación en situaciones específicas (del 19 al 27).

Las respuestas están dadas en escala tipo Likert con valores de 1= *nunca*, 2 = *casi nunca*, 3 = *la mayoría de la veces* y 4 = *siempre*. Cinco reactivos consideran la respuesta 0 para cuando no tienen indicado tratamiento medicamentoso (ejemplo, insulina). La puntuación mínima que una persona puede obtener es de 22 y máxima de 108 puntos, donde a menor puntaje corresponde a un menor nivel de barreras percibidas.

En el área cualitativa, para identificar las necesidades percibidas por las participantes, se realizó una entrevista partiendo de una pregunta central: ¿Qué es para usted vivir con la diabetes? sirviendo como guía y respetando las respuestas de las pacientes, se repreguntó sobre aspectos considerados clave a fin de conocer a mayor profundidad los requisitos de autocuidado y de desviación a la salud percibidas por ellas.

La cédula de datos personales y medidas antropométricas (CDP), fue elaborada para el registro de: edad, escolaridad, años de diagnóstico, peso, talla y perímetro de cintura

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SS, 1987). Se apegó a lo establecido en el Título segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. En base a lo establecido en el Artículo 13 Capítulo I de este Título, prevaleció el respeto

a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de la participante al no forzar su participación y evitando la presencia de situaciones o procedimientos que le pudieron causar algún tipo de daño.

Tal como lo establece dicho reglamento y conforme al Artículo 14, Fracciones I, V, VII y VIII, se contó con el consentimiento informado por escrito; además de contar con el dictamen de la Comisión de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

De acuerdo al Artículo 17, Fracción II, fue un estudio de riesgo mínimo, ya que sólo se tomaron medidas de peso, talla y perímetro de cintura de la participante. En referencia al Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV, VI, VII y VIII, se brindó a la participante una explicación clara y completa de los objetivos del estudio, de los procedimientos que se usaron, los riesgos y beneficios de su participación, así como garantizándole la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio cuando así lo decidiera.

Procedimiento de Recolección de la Información

Previo a la recolección de los datos se solicitó autorización al Comité de Ética e Investigación, y posteriormente a la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio. Una vez aprobado el proyecto con la carta de autorización (Apéndice A), se iniciaron actividades en la Unidad de Salud, específicamente en la sala de espera de la institución, donde convergen pacientes de 16 consultorios (14 de medicina familiar, uno de geriatría y uno de medicina interna); esto proporcionó mayor posibilidad de encontrar mujeres adultas diagnosticadas médicamente con DMT2. Para identificar a las personas con dicha patología, se les preguntó directamente y/o el dato fue obtenido en el área de medicina preventiva, ya que existen pacientes en que se determinan los niveles de glucosa antes de pasar a consulta.

Una vez identificadas se les explicó brevemente el estudio, al aceptar participar y

antes de la aplicación de los instrumentos se solicitó a cada participante firmar el consentimiento informado (Apéndice B); posteriormente se aplicó la cédula de datos personales (apéndice C) que incluye espacio para registro de peso, talla y perímetro de cintura.

Las mediciones de talla, peso y perímetro de cintura se realizaron siguiendo el procedimiento estandarizado (Apéndice D y E). Para la medición del peso se utilizó una báscula digital marca Trancell Tecnologic modelo T1500, con capacidad de 150kg. Para la talla se utilizó el altímetro de la báscula. Posteriormente, de acuerdo a la fórmula de Quetelet (peso/ talla²); se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC); con base a cifras de IMC, las participantes se clasificaron conforme al criterio establecido por la Norma Oficial Mexicana-043 (SS, 2006), Tabla 1. Así mismo se clasificaron según circunferencia de cintura; el ideal en la mujer es una circunferencia ≤ 88 cm, cifras por encima se interpretan como obesidad abdominal.

Tabla 1

Grado de sobrepeso y obesidad por IMC

Clasificación	IMC Kg./m ²
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25.0-29.9
Obesidad	
Grado I	30.0-34.9
Grado II	35.0-39.9
Grado III	≥ 40

La aplicación de los cuestionarios se llevó a cabo por la autora del estudio. Cada

instrumento fue leído al paciente de forma individual, en un área cerrada dentro de la clínica, todo esto con la finalidad de que la participante se sintiera en un ambiente tranquilo y cordial para responder sin presiones y distractores; en primer lugar se aplicó el CACD (Apéndice F) seguido del Cuestionario Barreras en Diabetes (Apéndice G).

Al término de los cuestionarios se le solicitó su participación para la entrevista; en caso de aceptar, y si el tiempo de la participante lo permitía, se realizaba en ese momento; en caso contrario se estableció el día y lugar para realizarla pudiendo ser la institución de salud, la Facultad de Enfermería o incluso el hogar de la participante. La invitación se extendió hasta contar con 10 candidatas a entrevista. Las entrevistas se realizaron en un lugar privado con una duración promedio de 20 minutos; estas fueron grabadas en su totalidad y posteriormente transcritas.

Análisis de Datos

En lo que respecta a los datos cuantitativos, los cuestionarios fueron capturados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, 2005) versión 14 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, lo que permitió identificar a los participantes. A los datos se les aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para conocer la distribución de los mismos; la consistencia interna de los instrumentos se determinó con la prueba de Alfa de Cronbach tanto para el CACD como el CBD.

El análisis de los datos de la dimensión cualitativa, se llevó a cabo por medio del análisis de contenido, habiéndolos codificado previamente. Las entrevistas fueron transcritas de manera literal a fin de manejar su contenido con el software de análisis cualitativo de datos (QDA) ATLAS/ti 5 (Muhr, 2004); este software es útil en el tratamiento del contenido de comunicación humana; permite buscar regularidades y diferencias en el texto.

Para iniciar con el análisis se requirió formar una unidad hermenéutica a partir de

un documento primario (transcripción), es decir, convertir el documento de texto word a un archivo legible para el programa, en este caso de extensión RTF. Una vez formada la unidad hermenéutica se identificaron códigos vivos, en base a los RqsAC universales y de desviación de la salud. Cada código identificado tuvo una clave en relación al requisito que describía. Posteriormente se agruparon los códigos correspondientes a cada requisito (acción realizada por el programa), y nuevamente fueron convertidos a un documento word para facilitar el manejo de la información.

Para evaluar el objetivo uno y cuatro se utilizó el análisis de contenido. Para los objetivos dos y tres se realizaron frecuencias y proporciones en combinación con los temas identificados por códigos.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del estudio. En primer lugar se muestra la estadística descriptiva de las variables demográficas y clínicas de los participantes siguiendo con los datos correspondientes a los objetivos planteados.

Características Demográficas y Clínicas de las Participantes

La muestra estuvo conformada por 194 mujeres con un promedio de edad de 61.27 años ($DE = 9.60$), educación de 7 años ($DE = 4.88$) y años de diagnóstico de 11.77 ($DE = 9.05$). El IMC mostró un promedio de 31.28 ($DE = 6.31$) y la CC de 101.25 ($DE = 15.99$). Los participantes se clasificaron utilizando los criterios descritos en la metodología para ambas variables. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 2

Clasificación de sobre peso y obesidad mediante el índice de masa corporal

Clasificación	IMC Kg./m ²	<i>f</i>	%
Normal	18.5-24.9	30	15.5
Sobrepeso	25.0-29.9	58	29.9
Obesidad			
Grado I	30.0-34.9	57	29.3
Grado II	35.0-39.9	35	18.1
Grado III	≥40	14	7.2

Fuente: CDP

$n = 194$

Datos de Objetivos

Para determinar la distribución de las variables continuas se aplicó la prueba de Kolmogorov–Smirnov. Los resultados se aprecian en la Tabla 3.

Tabla 3

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

	$\bar{\chi}$	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo	K-S	p
Edad	61.27	62	9.60	37	85	.614	.848
Escolaridad	7.00	6	4.88	0	24	2.567	.000
Años de diagnóstico	11.77	10	9.05	1	42	1.797	.003
Cintura	101.25	99	15.99	61	168	1.548	.017
Índice de Masa Corporal (IMC)	31.28	30.55	6.31	19.15	54.69	.959	.317
Cuestionario de Acciones en Diabetes*	50.08	52	18.83	14.58	100	1.575	.014
Cuestionario de Barreras en Diabetes**	31.67	30.66	14.67	.00	78.67	.637	.812

Fuente: CDP, CACD y CBD

$n = 194$

* Coeficiente Alpha de Cronbach .66

** Coeficiente Alpha de Cronbach .72

Como se puede observar, cuatro de las variables continuas no mostraron distribución normal ($p < .05$).

Para valorar el primer objetivo, describir los requisitos de autocuidado percibidos

por la mujer adulta con DMT2, los datos de las entrevistas tratados con el programa ATLAS/ti se organizaron por su correspondencia con los requisitos de autocuidado. En seguida se presenta una síntesis por cada requisito seguido de algunas expresiones literales.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos: En relación a ello las participantes expresan reconocer y diferenciar los alimentos recomendados de aquellos que no lo son, así como la frecuencia y cantidad en que deben consumirse, además de requerir un cambio de horario para los mismos. Las participantes mencionan que deben esforzarse (en consumir la alimentación apropiada) pues es difícil por la falta de dinero. ... *“estoy comiendo lo que debo comer, no como fuera de lo que es, lo que no debo comer no como” (P07).*

... *” pues es controlarse bien, llevar bien la alimentación comer frutas, verduras, de todo papaya, sandía, manzana pero no mucho y aunque eso de la sandía el plátano y el mango es comerlo nomás como tres veces a la semana o cada quince días porque eso tiene más azúcar, es controlarse” (P01).*

2. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo: Se encontró que incrementan la actividad física por el beneficio que ello trae a su enfermedad y al control de peso; seleccionan la actividad que pueden y deben realizar de acuerdo a su condición. En relación al descanso, este fue mencionado sólo como inactividad a realizar en los momentos en que se tiene un malestar.

... *”creo que (la actividad física) también es importante porque es quemar lo que uno trae de más y el sobrepeso” (P04).*

3. Equilibrio entre la soledad e interacción humana: Las participantes mencionan que el apoyo familiar y la constante convivencia son indispensables para superar su situación de salud, sin embargo también expresan que las relaciones familiares se ven disminuidas a causa de la enfermedad. En cuanto a la soledad, son escasos los testimonios que revelan el disfrute de los momentos en que se encuentran solas.

...”no tengo miedo vivo sola, no yo no tengo temor a nada; una vecina me comenta, ay como es usted tan enferma que esta y anda tan lejos, la vienen a visitar sus hijos pero no todos los días, pero no pues yo me siento muy tranquila” (P06).

...” con la familia pues no es igual, están bien y llevan su vida normal y pues simplemente ya no convive uno igual porque se desespera uno mucho, se vuelve uno muy impaciente” (P10).

4. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: En este aspecto las participantes expresaron conocer cómo resolver situaciones de peligro, eligiendo lugares y actividades seguros; sin embargo también existen aquellas que no realizan acción alguna para evitar situaciones de peligro.

...”yo ayer me corte y dije “chin”, no se me va a cerrar y luego no, si, si, si se me va a cerrar y luego, luego me lave muy bien y me puse Isodine y dije si se me va a cerrar” (P04).

...” yo nunca me cuidó de nada, no pues yo siento como que no tengo azúcar, yo me siento bien” (P02).

5. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo al conocimiento de las limitaciones y al deseo de alcanzar lo que se establece como normalidad: Las participantes mencionaron el deseo que tienen de salir adelante, tener una vida segura, ser útiles e independientes, reconociendo que de ellas depende lograrlo, siendo en ocasiones otras personas quienes les limitan alcanzar su normalidad.

...”me siento muy mal porque todas trabajan y yo quiero trabajar les digo aunque sea lavando vasijas o barriendo ahí (en) el templo, o algo pero o me dejan” (P03).

...” Pues vaya, como le digo, este pues ser uno más independiente” (P10).

Requisitos de desviación de la salud. Sobre este tipo de requerimientos expresaron lo siguiente:

1. Búsqueda de asistencia médica apropiada (DS1): Las participantes expresaron la necesidad de acudir al servicio médico y la importancia de dicho servicio, el cual buscan

intencionalmente al tener algún malestar, o para seguir en control de la enfermedad.

...” amanecí bien mareada hasta me iba por un lado y como que me temblaba el cuerpo y me fui con Beto (enfermero de centro de salud) y con él salí con 68 parece, me dijo vaya a casa u almuerce y si lo hice me vine a comer” (P03).

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la DMT2 (DS2). En este aspecto algunas de las participantes expresan desconocer las alteraciones que con el tiempo produce la DMT2 así como los síntomas de hipo e hiperglucemia. Por otro lado algunas expresan estar conscientes de las complicaciones y del cuidado que requieren pues ya las han presentado o los han observado en otro integrante de la familia.

...”ayer hizo ochos días que como siento mis piernas como que me duelen todas las coyunturas y siento dormida la carne de la pierna como que se me duerme, no el hueso verdad, la pura carne, la siento como, que me la toco y como que no, pero como me dicen que es la varice yo creo” (P02).

3. Llevar a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prescritas por el médico (DS3): En este aspecto se encontró que las participantes toman el medicamento ya que experimentan bienestar al tomarlas, porque es una indicación del médico o por miedo a las posibles complicaciones. En lo referente al ejercicio mencionan que lo realizan para el control de peso. Algunas participantes señalan no llevar a cabo las indicaciones médicas pues no observan los resultados deseados, pero cumplen con sus exámenes de control.

...”y me tomo mis pastillas porque se que me las tengo que tomar no porque me sienta mal” (P06).

4. Estar consciente y prestar atención de los efectos del tratamiento médico que pueda provocar malestar o deterioro (DS4): Las participantes expresaron tener que estar atentas a las actividades que hacen debido al tipo de tratamiento que tienen; otras mencionaron sentirse cómodas con su tratamiento (insulina).

...” ya no puede uno hacer muchas cosas, que no te agaches que no hagas muchos

esfuerzos, porque el catéter...pues simplemente el planchar ya no puede uno planchar normalmente porque el, el...en la cocina ya no puede uno estar porque el calor de la estufa hace chicloso el catéter entonces, eso es lo que es un poquito mas pesado” (P05).

5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular (DS5): Las participantes expresan sentirse incómodas con su estado de salud, que no lo aceptan; sin embargo otras afirman que debe de aceptarse y que lo han hecho y aprendido a vivir de acuerdo a su situación.

... “aún con el tiempo no se acostumbra uno, no lo quiere aceptar uno que esta enfermo” (P10).

... “yo vivo tranquila yo no tengo inquietudes ni nada” (P07).

6. Aprender a vivir con los efectos de la condición patológica y de los efectos del tratamiento médico (DS6): En este aspecto las participantes mencionaron que se encuentran molestas por la situación en la que se encuentran pues ello les produce limitaciones en las actividades que realizan, mismas que se ven acrecentadas por la existencia de dificultades económicas. No obstante otras participantes afirman que se han adaptado a sus capacidades, seleccionando sus actividades de acuerdo a sus posibilidades, debiendo tener disciplina para su cuidado.

... “ahora necesito quien me lleve, no puedo andar sola, no me vaya a caer o simplemente con un solo ojo no puedo acostumbrarme todavía” (P10).

El segundo objetivo pidió concluir si las dificultades o barreras al tratamiento muestran correspondencia con los requisitos de autocuidado reportados por las pacientes: para responder se utilizaron las medidas descriptivas del Cuestionario Barreras en Diabetes, aceptando que una media en los reactivos ≥ 2 , representaba un obstáculo percibido, y confrontándolo con lo expresado por las participante, Tabla 4.

Tabla 4
Relación entre requisitos de autocuidado y barreras percibidas

Reactivos de la Escala	\bar{x}	Rqs	Entrevista
No checo mi azúcar en sangre cuando pienso que está baja, pero sí como algo	2.38	DS2/U3	<i>“a veces siento que me da mucha hambre en la noche y me levanto y lo que hallo me como y ya se me pasa”</i>
Tengo temor de sufrir una baja de azúcar (hipoglucemia)	2.88	DS2	<i>... “tiene que estar al pendiente de que va comer uno, que lo que hay que tomar y tiene miedo uno de lo que va a pasar”</i>
Tengo dificultad para sentir si mi azúcar está muy alta	2.34	DS2/U7	<i>... “no siento nada, no me siento ni mareada, ni que me empiece a temblar mi cuerpo no siento nada, nunca he sabido cuando la traigo alta o la traigo baja”</i>
Tengo dificultades para “sentir” cuando traigo el azúcar muy bajo	2.34		
Me es difícil mantener niveles normales de azúcar en sangre cuando salgo de casa por varios días	2.11	DS 3	<i>... “no puedo ir a muchas partes cuando haya que comer porque comen lo que yo no como, guisan con otro aceite que yo no como”</i>

Fuente: Entrevistas, CBD

$n1 = 194$

$n2 = 10$

*Continuación**Relación entre requisitos de autocuidado y barreras percibidas*

Reactivos de la Escala	$\bar{\chi}$	Rqs	Entrevista
Me es muy difícil modificar la cantidad de harinas cuando tengo bajo el azúcar	2.16	DS3/U3	
Encuentro muy difícil controlar mi alimentación cuando tengo el azúcar bajo	2.06		... “cuando yo me asusto por algo así siento que me sube o me baja la presión y el azúcar pero yo me controlo con la oración o así y no tomo más medicamento del debido”
Tengo dificultad para modificar la cantidad de harinas cuando ando con el azúcar muy alto	2.23		
Inyectarme yo misma es doloroso	2.03	DS4	No mencionaron dificultades (dos pacientes) ... “veces si me da un poco de vergüenza, vergüenza porque digo
Me es difícil mantener el nivel normal de azúcar cuando estoy en una fiesta	2.18	DS6/U7	uno siempre en una fiesta que es lo que hace la afición, buscar y preparar un platillo para las personas verdad y entonces si yo le digo hay, perdóname pero no puedo comer eso”
Encuentro difícil mantener normal el nivel de azúcar cuando estoy estresado(a)	2.87		... “cuando uno tiene alteraciones también se altera mucho el azúcar, o sea que uno ya no puedo tener ni corajes, ni gustos, ni sustos, uno tiene que llevar algo muy tranquilo”

Fuente: Entrevistas, CBD

n1= 194

n2= 10

Como puede observarse, las barreras al tratamiento percibidas por las pacientes corresponden con cuatro de los seis requisitos de desviación de la salud y dos universales.

Para el objetivo tres que indica: Determinar la congruencia entre requisitos de autocuidado percibidos por las participantes y los derivados de las acciones de autocuidado, se valoró analizando la correspondencia de los promedios en acciones de autocuidado, considerando aceptables medias ≥ 3 ; en la escala de 1-5 o 7, con los requisitos de autocuidado identificados en el contenido de las entrevistas. La Tabla 5, muestra estos resultados.

Tabla 5

Estadística descriptiva del CACD y la relación que guarda con los requisitos de AC

Reactivos del CACD	$\bar{\chi}$	Requisitos de AC
1. Dieta recomendada por el médico	3.35	
2. Éxito al limitar calorías	3.08	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
3. Alimentos con fibra	3.69	
4. Alimentos con grasa	3.75	
5. Ingesta de azúcares	4.0	
6. Ejercicio de 20 minutos	1.82	
7. Ejercicio recomendado por el médico	2.28	Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo
8. Participación en rutinas de ejercicio	2.06	
9. Toma de “destrostix” (prueba de glucosa)	1.49	Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la DMT2
10. Toma de “destrostix” de acuerdo a indicación médica	2.16	
11. Aplicación de insulina	4.21 ^a	Llevar a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prescritas por el médico
12. Toma de pastillas	3.97	

Fuente: CACD

n = 194^a *n* = 38

Como se aprecia en la Tabla 5 el ejercicio y monitoreo por destrostix, son las actividades de autocuidado menos realizadas. Lo anterior dista de lo expresado por las

participantes quienes mencionaron realizar ejercicio. Ejemplo:

... “con las caminadas me siento con más energía me siento menos cansada, hago mas actividades ahorita que antes, antes me la pasaba dormida”

... ”camino alrededor de 32 metros cuadrados por 20, 15 minutos, ese mi ejercicio que hago pero eso es a diario”

... ”es importante porque es quemar lo que uno trae de más y el sobrepeso”

El objetivo 4 se cumplió al definir en forma preliminar los requisitos de autocuidado específicos para mujeres adultas que padecen DMT2 (Tablas 6 y 7).

Tabla 6

Definición de los requisitos de autocuidado universales por mujeres con DMT2

Requisitos de autocuidado	Definición teórica	Definición en DMT2
Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente	Alimentación que proporcione al individuo los materiales requeridos para el funcionamiento fisiológico	Conocer y diferenciar los alimentos recomendados de los que no lo son; considerando cantidad y frecuencia de consumo. Requiere de un cambio de horario de ingesta; conlleva problemas económicos que hacen más difícil observar una alimentación balanceada.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Control del gasto de energía, permite regular los estímulos ambientales y proporciona variedad para expresar los intereses y talentos	Aumento de actividad física para el control de peso y de la enfermedad; se requiere de seleccionar la actividad de acuerdo a las posibilidades individuales. (Refieren descansar al tener sensación de malestar).
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana	Proceso de desarrollo en el que se adquiere conocimiento, se forman valores y expectativas	Equilibrio del apoyo y convivencia familiar, necesarios para superar el proceso de enfermedad crónica y el disfrute de momentos en soledad.

Fuente: Entrevistas

n= 10

*Continuación**Definición de los requisitos de autocuidado universales por mujeres con DMT2*

Requisitos de autocuidado	Definición teórica	Definición en DMT2
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.	Evitar el desarrollo de condiciones que constituyen peligros internos para la vida humana y para el funcionamiento y desarrollo	Conocer y resolver las situaciones de peligro así como elegir lugares y actividades seguros.
Promoción del funcionamiento y el desarrollo dentro del grupo social, de acuerdo al potencial y a las limitaciones de la persona y a su deseo de ser normal.	Promover condiciones que lleven al individuo a sentir y conocer su individualidad y su globalidad.	Autosuficiencia en el logro de una vida segura y productiva, realizando actividades cotidianas a pesar de las barreras que se presenten, logrando su independencia

Fuente: Entrevistas

n= 10

Tabla 7

Definición de los requisitos de desviación de la salud por mujeres con DMT2

Rqs de AC de desviación de la salud	Definición teórica	Definición en DMT2
Búsqueda de asistencia médica apropiada	Realizar lo necesario para encontrar y participar en el cuidado médico	Búsqueda intencional de servicio médico para atender malestar y/o control.
Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de la enfermedad	Reconocimiento de sensaciones y sentimientos de enfermedad que influyen en lo que la persona puede elegir llevar a cabo en función del cuidado a su salud.	Conocimiento de las complicaciones de la enfermedad, síntomas que producen y cuidado que requieren
Llevar a cabo efectivamente las medidas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación	Conducta del paciente para apegarse al tratamiento	Llevar a cabo las indicaciones médicas como la toma de medicamentos, alimentación, ejercicio y toma de exámenes sanguíneos de control.

Fuente: Entrevistas

n= 10

*Continuación**Definición de los requisitos de desviación de la salud por mujeres con DMT2*

Rqs de AC de desviación de la salud	Definición teórica	Definición en DMT2
Estar conciente y prestar atención de los efectos del tratamiento médico que puedan provocar malestar o deterioro	Uso de medidas de cuidado y protectoras de los efectos resultantes del tratamiento médico	Conocer y evitar situaciones de malestar debido al tratamiento prescrito.
Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humanos en un estado de salud particular	Transformar la estructura psicológica para vivir y convivir con la enfermedad	Aceptar la nueva situación de salud y adaptarse a ella, modificando las actividades que puedan realizarse.
Aprender a vivir con los efectos de la enfermedad y tratamiento médico	Hacerse competentes en el manejo y aplicación a su propio cuidado el conocimiento médico relevante	Adaptación a la nueva forma de vida, la cual produce limitaciones en las actividades acrecentadas por dificultades económicas.

Fuente: Entrevistas

n= 10

Capítulo IV

Discusión

Lo expresado por las participantes en esta investigación permitió conocer que perciben cinco de los ocho requisitos universales o básicos, propuestos por Orem et al. (2001). La necesidad de observar una alimentación balanceada, es uno de los aspectos que mejor conocen las personas que padecen DMT2. Esto no quiere decir necesariamente que la lleven a cabo. De esta muestra, sólo un 15.5% tuvo peso normal, lo que sugiere que el balance entre consumo y gasto calórico no es apropiado en la mayoría 84.5%. Estos datos coinciden con lo reportado por Ríos y Legorreta (2005).

Cuando se analizó la correspondencia entre las barreras y el requisito de mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes, se encontró que los costos de éstos son altos para este grupo de participantes, sugiriendo que es una de las razones por las que no consumen la alimentación indicada, coincidiendo con lo reportado por Hernández-Ronquillo et al. (2003). Llama la atención que el dejar de consumir azúcares fue la actividad de auto-cuidado que más se lleva a cabo, reflejando una falsa creencia que diabetes tiene que ver sólo con el consumo de alimentos dulces, lo que afecta negativamente el patrón alimentario del paciente. De aquí que el concepto de mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos en la DMT2, se particularizó en aspectos de: reconocimiento de alimentos adecuados y no adecuados, frecuencia, cantidad y horarios de consumo.

En cuanto al mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo, las participantes expresaron percibir esta necesidad y satisfacerla; definiéndose este requisito a partir de aspectos como: la importancia del ejercicio en el control de la enfermedad y peso. Sin embargo solo un 18.6% de la muestra declaró realizar ejercicio de acuerdo a la recomendación médica al considerar que las actividades realizadas durante el día (hogar y/o trabajo) cubren sus necesidades. Lo anterior reafirma que el

consumo calórico no esta en relación al gastos de energía; datos similares fueron encontrados por De Alba García et al. (2007).

La presencia de complicaciones es un motivo mencionado por las participantes para no realizar ejercicio. Mientras que la moderación en la actividad física la determinan por la presencia o ausencia de molestias por la enfermedad.

Estos dos requisitos universales se traslapan con los de desviación de la salud que hace referencia a la conducta del paciente para apearse al tratamiento; por lo que se definió como llevar a cabo indicaciones médicas, medicamentos, ejercicio y exámenes sanguíneos de control.

La interacción humana es considerada por las participantes como indispensable, pero disminuye a causa de la misma enfermedad, específicamente, por el tratamiento (toma de medicamentos y alimentación) y los cambios en el estado de ánimo. La soledad no fue percibida por las participantes como algo que ellas necesitan.

El requisito que consiste en evitar el desarrollo de condiciones de peligro para la vida y bienestar humano, se definió a partir de aspectos expresados por las participantes como, conocimiento y resolución de situaciones de riesgo y elección de lugares seguros; lo anterior podría sugerir la práctica de actividades encaminadas a asegurar el control de la enfermedad; sin embargo hay cierta inconsistencia con lo que algunas participantes mencionaron; el 64.4% de la muestra no se determina el nivel de glucosa para su control, acción que permite detectar el descontrol de los niveles de glucemia. De acuerdo a lo mencionado por las participantes se presume que este acto se debe a la falta de conocimientos acerca de su importancia, al igual que a la falta de sintomatología que les indique un descontrol de la DMT2.

Una vida normal en las participantes de este estudio, consistió en mantener la forma de vida que tenían antes de ser diagnósticas con DMT2 o de presentar una complicación, ser autosuficientes y mantener una vida segura y productiva; términos que permitieron definir este requisito. Percibieron como su principal barrera las limitantes

impuestas por la propia familia o grupo inmediato. Esto difiere con lo presentado por Albright et al. (2001).

Con respecto a los requisitos de desviación de la salud propuestos por Orem, se encontró que estos son reconocidos por las participantes. La búsqueda y aseguramiento de asistencia médica, fue manifestado por algunas como la acción a seguir en aquellos momentos en los que se presenta algún malestar y para otras consiste en asistir a un control de la diabetes mediante la toma de exámenes sanguíneos.

Las personas que han tenido la experiencia de observar a otra persona con alguna complicación de la enfermedad provoca que las personas estén atentas a las posibles alteraciones. Sin embargo las participantes que no han estado en esta situación mencionaron desconocer los signos y síntomas generados por la diabetes, expresiones que se ratificaron en el análisis de los datos ya que de la muestra indicó no reconocer los síntomas de hiper e hipoglucemia en un 45.4% y 57.2% respectivamente. Lo anterior concuerda con lo reportado por Bolaños y Sarría-Santamera, (2003).

Acercas del requisito que hace mención a prestar atención y regular los efectos del tratamiento prescrito, las participantes mencionaron seleccionar las actividades que pueden realizar, pero estas sólo se enfocaron a aquellos proporcionados por alguna complicación, como la diálisis o pié diabético; no expresaron molestias orgánicas a causa del tratamiento a base de insulina y/o hipoglucemiantes.

El sexto requisito se definió concretándose en la aceptación de la enfermedad y modificación de las actividades que pueden realizar de acuerdo a su condición; pues las participantes expresan estar en descontento con su estado de salud.

Existen diferencias en la percepción del requisito de aprender a vivir con los efectos de la condición patológica, algunas participantes mencionaron el haber aceptado su situación particular mientras que otras se encuentran inconformes y sienten que no se pueden adaptar a su condición. Lo anterior se ve reflejado en las bajas acciones de autocuidado en situaciones particulares como toma de destrostix y ejercicio.

Conclusiones

Los hallazgos realizados en este estudio permitieron conocer los requisitos de autocuidado percibidos por la mujer adulta con DMT2. El número de requisitos percibidos y expresados por las participantes (cinco universales y seis de desviación de la salud), supondría una adecuada conducta de autocuidado; sin embargo aún cuando la mayoría de los requisitos fueron percibidos, las acciones de autocuidado reportadas fueron escasas. Lo anterior indica que la paciente con DMT2 requiere algo más que el reconocimiento de sus necesidades, para lograr un cambio de estilo de vida que lo lleve a tener un control de la enfermedad.

Recomendaciones

Adaptar los instrumentos de acuerdo a la población de estudio, puesto que cada población cuenta con diferentes características socioeconómicas.

Realizar este tipo de estudio por estrato socioeconómico para observar las diferencias o similitudes en la percepción del autocuidado.

Referencias

- Albright, T. L., Parchman, M., Burger, S. K. & Investigators Residency Research Network South Texas. (2001). Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: An RRNeST study. *Fam. Med*, 33(5), 354-360.
- American Diabetes Association. (2006). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 29(Suppl. 1), 43-48.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S. & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (1), 19-28.
- Bolaños, E. & Sarría-Santamera, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes mellitus tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Atención Primaria*, 32(4), 195-202.
- Calzada, R. (2003). Hipoglucemia. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 143-149). México, D. F.: McGraw-Hill.
- De Alba García, J. G., Salcedo A. R., López, I., Baer, R., Dressler, W. & Weller, S. (2007). "Diabetes is my companion": Lifestyle and self-management among good and poor control Mexican diabetic patients. *Social Science & Medicine*, 1-13.
- DeFronzo, R. A., Ferrannini, E., Keen, H. & Zimmet, P. (2004). *International Textbook of Diabetes Mellitus* (3a. ed.). Inglaterra: John Wiley and Sons, Ltd.
- Durán-Varela, B., Rivera-Chavira, B. & Franco-Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), 233-236.
- Elashoff, D. J., Dixon, J. W. Crede, M. K. & Fotheringham, N (2000). *n`Query Advisor (versión 4.0)* Copyright [Software estadístico para PC]. Los Ángeles, C.: Stistical Solutions.

- Estrada-Chávez, M., Gámez-Contreras, M., Cruz-Pérez, A. (2004). Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM2. *Revista de Enfermería IMSS*, 12(2), 75-78.
- Gallegos, E. C., Cárdenas, V. M. & Salas, M. T. (1996). Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17(2). 23-33.
- García, C., Gutiérrez, E., Borroel, L., Oramas, P. & Vidal, M. (2002). Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2. *Salud en Tabasco*, 8(1), 15-19.
- Guyton A. C. & Hall J. E. (2001). *Tratado de Fisiología Médica* (10a. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Guzmán-Pérez, M., Cruz-Cauich, A., Parra-Jiménez, J. & Manzano-Osorio, M. (2005). Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. *Revista de Enfermería IMSS*, 13(1), 9-13.
- Hernández-Ronquillo, L., Téllez-Zendero, J. F., Garduño-Espinosa, J. & González-Acevez, E. (2003). Factors associated with therapy noncompliance in type-2 diabetes patients. *Salud Pública México*, 45(3), 191-197.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática, Secretaría de Salud & Dirección General de Estadística e Informática. (2006). Mortalidad en Población de Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 4 de diciembre de 2007 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal06&s=est&c=3357>
- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud (2003). *Encuesta Nacional de Salud, Tomo 2; La Salud de los Adultos*. Recuperado el 1 de Abril de 2006 de [http://www.insp.mx/ensa/ensa tomo 2](http://www.insp.mx/ensa/ensa%20tomo%202).
- Kathleen, L. & Escott-Stump, S. (2001). *Nutrición y dietoterapia de Krause* (10a. ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.

- Lavalle, F. (2003). Medicamentos orales para el control de la hiperglucemia. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 101-112). México, D.F: McGraw-Hill.
- López, A. (2001). *Autocuidado en adultos con diabetes residentes del sur de Veracruz*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Manzano, F. & Zorrilla, F. (2003). Objetivos terapéuticos y esquema general de tratamiento y seguimiento. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 41-51). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Mercado, M. (2003). Historia clínica y valoración de laboratorio del paciente diabético. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 35-40). México, D.F: McGraw Hill.
- Mollem, E. D., Snoek, F. J. & Heine, R. J. (1996). Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Education and Counselling*, 29, 277-281.
- Muhr, T. (2004). ATLAS.ti (Versión 5. 2) [Software de cómputo]. Berlín: Sabio Scolari.
- Orem, D. E., Taylor, S. G. & McLaughlin, K. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6a. ed.). United State of American: Mosby.
- Ovalle, J. (2003). Educación, base primordial del tratamiento. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 55-65). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Pace, A., Ochoa-Vigo, K., Larcher, M. & Morais, A. (2006). El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(5).
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (R. M.

- Palacios & G. D. Free, Trads.). México, D.F.: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1999).
- Quibrera, R. (2003). Métodos de vigilancia ambulatoria del control. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 67-72). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Ríos, L. & Legorreta, J (2005). Distribución de grasa corporal en diabéticos tipo 2, como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica del IMSS*, 43(3), 199-204.
- Ríos, J. M. & Rull, J. A. (2003). Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 7-24). México, D.F.: McGraw Hill.
- Rojas, R., Palma, O. & Quintana, I. (2006). Adultos. En G. Olaíz-Fernández, et al. (Eds.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (pp. 75-81). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud y Asistencia (1994). *Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitas*. (NOM-015-SSA2-1994). México, D. F.: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. (México). Recuperado el 24 agosto de 2005 de <http://www.salud.gob.mx/ç>
- Secretaría de Salud. (2002). *Manual de Procedimientos: Toma de Medidas Clínica y Antropométricas en el Adulto y Adulto mayor* (México). Recuperado el 19 de Marzo de 2007 de [http://www. todo en diabetes.org](http://www.todo en diabetes.org)
- Secretaria de Salud (2006). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. México, D. F.: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (2007). Necesidades, recursos y servicios de salud. En *Programa*

- Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo Alianzas para un México Mejor* (pp. 74). México, D. F.
- Solano, A. (2003). Plan de Alimentación. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 73-86). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Sousa, V. & Zauszniewski, J. (s.f.). Toward a Theory of Diabetes Self-Care Management. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 61-67.
- Statistical Package for the Social Sciences (2005). Version 14.0 for Windows Chicago: SPSS Inc.
- The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus (2003). Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26(1), S5-S20.
- Toobert, D. J. & Glasgow, R. E. (1993): Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. En *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp. 351-375). Ámsterdam: Harwood Academic Publishers GmbH.
- Zorrilla, E. (2003). Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus, Parte 2: Adultos. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 316-325). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Zúñiga, S. (2003). Ejercicio y diabetes mellitus. En I. Lerman (Ed.), *Atención Integral del Paciente Diabético* (pp. 87-99). México, D. F.: McGraw-Hill.

Apéndices

Apéndice A

Carta de Autorización



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Oficio FAEN No. 197/2007

DR. FERMÍN GARZA GONZÁLEZ
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA
CLÍNICA HOSPITAL CONSTITUCIÓN

Atención.- **Lic. Diana Escobedo**
Jefe de Enseñanza de Enfermería

Estimado Dr. Garza González:

Aprovecho la presente para extenderle un cordial saludo y a la vez solicitar su autorización para que la estudiante del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria **LIC. CLAUDIA HERNÁNDEZ SALINAS** pueda aplicar cuestionarios a 194 mujeres y entrevistar al 5% del total de las encuestadas, que acuden a control ambulatorio en la institución a su digno cargo, lo anterior, es con el fin de llevar a cabo la recolección de información, de su proyecto de investigación "**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON DMT2**" la información que se obtenga a través de dichos instrumentos permitirá afinar el protocolo para llevar a cabo el ejercicio de investigación.

Comunico a usted que este proyecto fue revisado y aprobado por las comisiones de Investigación y Ética de esta Facultad, con fechas del 21 y 23 de Mayo respectivamente. El número de registro asignado en esta facultad a dichos proyecto de investigación es: **FAEN-M-480**

Agradezco de antemano las atenciones que se sirva tener con nuestras alumnas, que sin duda redundarán en el éxito de su investigación para la obtención del grado de Maestría, quedo de Usted.

Nota: La autorización fue de tipo verbal.

Atentamente,
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

Monterrey, Nuevo León, a 9 de Agosto de 2007

B. Bertha Cecilia Salazar G.

BERTHA CECILIA SALAZAR GONZÁLEZ, PhD
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN



ccp. Archivo

Av. Gonzalitos #1500 nte.
C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México
Tel.: 8348 18 47
Fax: 8348 63 28
e-mail: posenf@mail.sci.net.mx, posgrado_enfermeria@terra.com.mx

Certificado No. 100610032TMS

Apéndice B

Consentimiento Informado

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER ADULTA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Introducción y Propósito

La Lic. Claudia Hernández Salinas, me ha invitado a participar en un estudio de investigación de enfermería para determinar los requisitos de autocuidado percibidos por la mujer adulta con DMT2, que es requisito para obtener su grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Procedimiento

Para este estudio se hará la invitación a todas las personas que acuden a la institución de seguridad social. Comprendo que daré respuesta a dos cuestionarios acerca de aspectos del cuidado de la diabetes y si acepto se me realizará una entrevista la cual será grabada bajo mi consentimiento. La duración total de la entrevista y cuestionarios estará determinada por las respuestas proporcionadas por mí.

Riesgos

Se me ha explicado que la realización de la entrevista y aplicación de los cuestionarios no tienen ningún riesgo, sin embargo el riesgo de mi participación en este estudio es mínimo pues se me tomará el peso, talla y perímetro de cintura.

Beneficios

Se me ha informado que no recibiré beneficio económico ni de otro tipo por participar en este estudio.

Participación Voluntaria/ Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que estoy en libertad de retirar mi consentimiento y suspender mi participación en el momento que lo desee sin que ello represente sanción alguna y tampoco afectará los servicios que me son otorgados en el centro al que acudo.

Confidencialidad

Se me explicó claramente que la información que proporcione será manejada de manera confidencial sólo por la persona responsable del estudio y que nadie más tendrá acceso a ella al igual de que mi identidad no será revelada.

Preguntas

En caso de tener alguna duda sé que puedo contactarme con la responsable del estudio en la Facultad de Enfermería de la UANL al 83488943.

Consentimiento

La Lic. Claudia Hernández Salinas me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador

Fecha

Firma y firma del primer testigo

Fecha

Firma y firma del segundo testigo

Fecha

Apéndice C

Cédula de Datos Personales

Folio: _____

Fecha de Aplicación: _____ Años de diagnóstico: _____

Edad: _____ Escolaridad (años): _____

Estatura: _____ Peso: _____

Apéndice D

Procedimiento para Toma de Peso y Talla

Peso

La medida se determinará con la participante en ropa ligera y descalza. El entrevistador se asegurará que la báscula se encuentre en una superficie plana y de que ésta se encuentre calibrada, es decir, confirmará que el registro esté en cero. Después de ello pedirá que se suba a la plataforma de la báscula y que se pare en el centro de la misma sin apoyo y con el peso distribuido en forma pareja en ambos pies, con la cabeza elevada y la vista hacia el frente. El investigador se posicionará frente a la báscula y realizará la lectura de la medición cuando los dígitos en la pantalla dejen de reportar cambios. La medida será expresada en kilogramos (Secretaria de Salud, 2002).

Talla

Se pedirá a la persona que retire todo tipo de objetos de su cabeza o peinados que alteren la medición, así como que se despoje de su calzado y de la ropa gruesa. Después se le pedirá que se coloque de pie delante del estadímetro, con el cuerpo totalmente erguido, con los pies unidos por los talones formando un ángulo de 45°, los brazos a los costados colgando de una manera libre y natural, la cabeza situada en el plano de Frankfurt (línea imaginaria que une el borde inferior de la órbita con el conducto auditivo externo) en posición horizontal y la vista al frente. Una vez que se hayan corroborado que los talones, las nalgas y la parte media superior de la espalda se encuentren en contacto con la guía vertical, se colocará frente al estadímetro y tomará la lectura en metros ajustándola al 0.1 cm. más cercano (Secretaria de Salud, 2002).

Apéndice E

Procedimiento para Toma de Circunferencia de Cintura

Estando en una área privada que no incomode a la persona, se le pedirá que retire la ropa que traiga puesta hasta el nivel de las tetillas, permitiendo observar y tener libre el área a medir; con una cinta métrica de fibra de vidrio, se trazará una línea imaginaria que parta del hueco de la axila hasta la cresta iliaca. Sobre ésta, se deberá identificar el punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). Punto en el que se encuentra la cintura, en seguida se procederá a la medición de esta circunferencia, con el individuo de pie y la cinta horizontal. Es necesario evitar que los dedos del examinador queden entre la cinta métrica y el cuerpo del paciente, ya que esto conduce a error; tomará la lectura en centímetros ajustándola al 0.1 cm. más cercano (Secretaría de Salud, 2002).

Apéndice F

Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD)

©Toobert, D. J. & Glasgow, R. E. (1993): Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. En *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp. 351-375). Ámsterdam: Harwood Academic Publishers Gmbh

Apéndice G

Cuestionario: Barreras en Diabetes (CBD)

© Mollem, E. D., Snoek, F. J. & Heine, R. J. (1996). Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Education and Counselling*, 29, 277-281.

Resumen Autobiográfico

Claudia Hernández Salinas

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: NECESIDADES DE AUTOCUIDADO PERCIBIDOS POR LA MUJER
ADULTA CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en la ciudad de Oaxaca de Juárez, Oaxaca; el 27 de noviembre de 1981, hija del Sr. Celerino Hernández Diego y la Sra. Alicia Salinas Vidales.

Educación: Egresada: Egresada de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca con el grado de Licenciada en Enfermería en 2004. Becaria CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia profesional: Enfermera General en la Unidad Médica Familiar del ISSSTE, Oaxaca. Docente clínica de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, de abril a junio de 2005.

E-mail: mecyutlani@hotmail.com