



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTILOS DE VIDA Y BARRERAS AMBIENTALES
EN EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A

ALMA DELIA BARRANCO SALINAS

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

MÉXICO. D. F., AGOSTO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal que labora en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y que hace posible la realización de programas de alto nivel académico, al Director, coordinadores, maestros y administrativos, mil gracias.

A mi comité tutorial:

Mtra. Liliana González Juárez, por su paciencia y por ser guía y amiga a lo largo del desarrollo de este estudio.

Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez y Dr. Juan Pineda Olvera, por compartir su sabiduría y experiencia en el plano de la investigación científica.

A la Mtra Laura Morán Peña, por compartir su conocimiento e infundir actitudes de triunfadora en cualquier plano de la vida.

A la Mtra. Doris Vélez Márquez, por su apoyo y entusiasmo, para realizar y obtener los resultados estadísticos.

Dr. Noé Isaías Gracida Mancilla, por sus observaciones para la realización de este estudio.

Al personal que labora en el Departamento de investigación en enfermería del Hospital General de México O.D; por las facilidades prestadas para la aplicación de los cuestionarios en el servicio de consulta externa.

DEDICATORIAS

A mis padres, todo mi amor y gratitud por darme la vida, enseñarme el camino a seguir en esta vida y por ser la fuerza que me impulsa a superarme cada día más.

A mi hermana, por su gran ayuda incondicional en todo momento, por estar siempre conmigo.

A Luis, y muy en especial a mi hijo Ismael por ser la luz de mis ojos.

TABLA DE CONTENIDO

1 RESUMEN

2 INTRODUCCIÓN

2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.2 OBJETIVOS

2.3 ANTECEDENTES

3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 MODELO DE PENDER, DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

3.2 ESTILO DE VIDA

3.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

4 METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

4.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.3 PRUEBA PILOTO

4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

4.5 TÉCNICAS

4.6 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.7 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

4.8 RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO

4.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

5 RESULTADOS

6 DISCUSIÓN

7 CONCLUSIONES

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 ANEXO

En el capítulo cuatro se presenta la Metodología que señala el diseño del estudio, población, prueba piloto, variables de estudio, técnica y método de recolección de datos, confiabilidad del instrumento, recursos y aspectos éticos y legales.

En los últimos capítulos quinto, sexto y séptimo, se presentan los resultados, discusión, conclusiones respectivamente. Finalmente en el octavo capítulo se presenta las referencias bibliográficas.

ⁱ ENEC 93. Aguila C. Salinas. J. Lipid Res. 2001; (42): 298-307

ENSA 2000 Velázquez. Monroy, O. Archiv. Cardiol. Méx. 2003; (73): 62-67.

ⁱⁱ Propuesta de la sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología para la reducción de la incidencia de la DMT2 en México. Endocrinología y Nutrición. Méx. 2005; 13 (1): p. 47-50.

RESUMEN

El eje central de este estudio es identificar el perfil de los estilos de vida y la presencia de barreras percibidas que impiden a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 apearse al tratamiento, indagando a su vez, la relación entre ambas variables. Se utilizó como guía el Modelo de promoción a la salud de la Dra. en enfermería Nola Pender, el cual permitió ubicar el estudio de acuerdo a las variables, el paquete estadístico SPSS 10, como prueba estadística la t de Student, y la r de Pearson.

Abordado con un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con una muestra de 204 pacientes que acudieron al Hospital General de México, O. D. tomando como tiempo de aplicación del cuestionario dos meses atípicos.

Se diseñó un cuestionario estructurado por dos cuestionarios el primero para identificar el perfil de los estilos de vida de las personas, dividido en siete dominios que son nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, la calificación se realizó de acuerdo a una escala de salud compuesta por rangos

que van de no saludable, regularmente saludable y saludable en donde a mayor calificación mejor conducta de salud.

En el segundo cuestionario se identificaron las barreras ambientales que perciben este tipo de pacientes en el apego al tratamiento, con dominios en tratamiento médico, actividad física y plan de alimentación.

Los resultados reportaron que los estilos de vida son regularmente saludables y no saludables, mientras que en la caracterización de la muestra se pudo identificar bajo nivel de educación, pobreza y escasa información sobre el apego al tratamiento, la percepción que tienen las personas sobre su autocuidado va de regular y poco en un 50%, en lo que respecta a las barreras ambientales, las personas refieren no percibirlas. En cuanto a la relación entre las variables se identificó una fuerte relación entre ambas.

Con lo que se concluye, que la enfermera en su rol de educadora y orientadora debe enfocarse más al rubro de la prevención y promoción a la salud mediante educación a la salud, tomando en cuenta al paciente en sus múltiples dimensiones como ser humano y de ser posible, incluir a la familia y hacer conciencia a la comunidad en general para el cuidado de este tipo de pacientes.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) y la Encuesta Nacional de Salud (ENSA), reportaron que en las últimas tres décadas, América Latina había mostrado cambios significativos en sus perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos, se identificó que estos cambios incluyen el crecimiento de la migración hacia áreas urbanas, incremento de la pobreza, avances tecnológicos, aumento en la esperanza de vida, así como la reducción de la tasa de mortalidad, aunado esto, a las campañas de salud y el uso de tecnología de alta especialidad, ha desempeñado un papel decisivo en la reducción de enfermedades infecciosas, dando como resultado una alta incidencia en enfermedades crónicodegenerativas como es el caso de la diabetes mellitus tipo 2. ⁱ

En México la diabetes mellitus fue la responsable del 14% del total de muertes que ocurrieron en las mujeres y el 9.1% en los hombres en el 2001, además de ser la primera causa de ingreso en los hospitales de la Secretaría de Salud durante el año 2000 y la segunda causa de mortalidad en adultos hospitalizados. Los costos directos estimados para el año 2005 en la atención de la diabetes en México (datos de la Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado) alcanzaron un total de \$140,410,816.00 de dólares americanos con una distribución de 244 millones en consultas, 16.3 millones en tratamiento en hospitalización, 45.1 millones en complicaciones crónicas y 54.4 millones en los agentes farmacológicos. Los costos indirectos fueron otros \$177,220,390.00 dólares y la suma global \$317,631,206.00 de dólares aproximadamente. ⁱⁱ

Las transformaciones sociales, económicas y demográficas han modificado los patrones alimentarios y de actividad física, en este sentido, todas las personas especialmente las que padecen diabetes mellitus tipo 2, experimentan cierto comportamiento que se traduce en estilos de vida que tal vez no sean tan saludables como son el tabaquismo, alcoholismo, estrés, cambios en el consumo en alimentos y efectos de la comodidad que implican los avances tecnológicos dentro del hogar y de los centros de trabajo, promoviendo el

sedentarismo, mismos que se traducen en un aumento en las barreras ambientales para el apego al tratamiento.

La diabetes es una patología que presenta un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad en México y a pesar de que se ofrece información sobre la enfermedad, a las personas se les dificulta realizar cambios en sus estilos de vida.

El consumo excesivo de grasas saturadas de colesterol, de azúcar y de sal, ha estado ligado con un número de enfermedades crónicas, como es el caso de la diabetes mellitus. Aunque estas patologías son complejas y son causadas por factores genéticos; las modificaciones ambientales en la dieta podrían jugar un papel significativo. Es de suma importancia que las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, realicen actividades que promuevan la salud, entre las que se encuentran, el apego al plan alimentario, la realización de ejercicio, la adherencia al medicamento así como el control de peso, lo que podría retrasar o reducir la aparición de complicaciones severas como son las neuropatías, retinopatías, nefropatías, entre otras.

Se considera que en la población mexicana existen factores que condicionan el bajo apego a los estilos de vida saludables sobre todo en lo que se refiere al plan alimentario, dentro de dichos factores se identifican el bajo nivel de educación, el bajo poder adquisitivo económico, el desempleo, trayectos de traslados largos, entre otros.

Por lo tanto el propósito de esta investigación, es indagar aspectos importantes sobre cómo son los estilos de vida de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y qué barreras ambientales se presentan para el apego al tratamiento, tomando como guía el modelo de promoción de la salud de la Dra. en enfermería, Nola Pender que se enfoca en conductas preventivas de la enfermedad, abarca también los comportamientos que favorecen la salud, los factores por los que las personas no se apegan a conductas favorables para su salud y la identificación de por qué las personas no toman decisiones sobre el cuidado y acciones de su propia salud.

Los profesionales de enfermería, tenemos mucho que hacer en el primer nivel de atención promoviendo la educación, la cual se considera como herramienta fundamental como medida para evitar o retardar la aparición de la enfermedad.

El estudio se justifica ampliamente por que identifica problemas en la población mexicana y para mejorar la práctica del cuidado de enfermería al identificar las barreras que se les presentan a las personas en el apego al tratamiento y cuál es su estilo de vida, de ésta manera dirigir el área de la educación en la que participa el profesional de enfermería hacia una cosmovisión que va más allá de la educación.

Los resultados de este estudio permitirán aportar información sobre los problemas a los que se enfrentan las personas con diabetes mellitus tipo 2, para seguir el tratamiento. Al contar con un perfil de estilos de vida se tendrá la oportunidad de mejorar la atención del cuidado y la calidad de vida de los pacientes en lo que se relaciona a sus actividades cotidianas. El reconocimiento e identificación de las dificultades facilitará el cumplimiento de las prescripciones del tratamiento.

Al explorar esta problemática, se pretende alentar a las personas a llevar estilos de vida saludables, prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de esta patología, enfocándose más al rubro de la prevención y promoción de la salud. Por esta razón, se hace necesario que los profesionales de enfermería manejen y apliquen los conocimientos referidos a la prevención en estilos de vida no saludables, con el fin de disminuir los riesgos. Para lo cual, la enfermera debe estimular en las personas su sentimiento de autoestima, infundiéndoles seguridad en si mismos y ayudándoles a implementar conductas más sanas, necesarias en sus estilos de vida, al proporcionar la información necesaria para tal fin.

Esta tesis se ha estructurado en los siguientes capítulos: el primer capítulo incluye un resumen, en el segundo capítulo la definición del problema, objetivos y antecedentes.

En el tercer capítulo se presenta el marco teórico conceptual, que incluye el Modelo de Nola Pender.

En el capítulo cuatro se presenta la Metodología que señala el diseño del estudio, población, prueba piloto, variables de estudio, técnica y método de recolección de datos, confiabilidad del instrumento, recursos y aspectos éticos y legales.

En los últimos capítulos quinto, sexto y séptimo, se presentan los resultados, discusión, conclusiones respectivamente. Finalmente en el octavo capítulo se presenta las referencias bibliográficas.

ⁱ ENEC 93. Aguila C. Salinas. J. Lipid Res. 2001; (42): 298-307

ENSA 2000 Velázquez. Monroy, O. Archiv. Cardiol. Méx. 2003; (73): 62-67.

ⁱⁱ Propuesta de la sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología para la reducción de la incidencia de la DMT2 en México. Endocrinología y Nutrición. Méx. 2005; 13 (1): p. 47-50.

RESUMEN

El eje central de este estudio es identificar el perfil de los estilos de vida y la presencia de barreras percibidas que impiden a las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 apearse al tratamiento, indagando a su vez, la relación entre ambas variables. Se utilizó como guía el Modelo de promoción a la salud de la Dra. en enfermería Nola Pender, el cual permitió ubicar el estudio de acuerdo a las variables, el paquete estadístico SPSS 10, como prueba estadística la t de Student, y la r de Pearson.

Abordado con un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con una muestra de 204 pacientes que acudieron al Hospital General de México, O. D. tomando como tiempo de aplicación del cuestionario dos meses atípicos.

Se diseñó un cuestionario estructurado por dos cuestionarios el primero para identificar el perfil de los estilos de vida de las personas, dividido en siete dominios que son nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, la calificación se realizó de acuerdo a una escala de salud compuesta por rangos

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que existen más de 150 millones de diabéticos en el mundo, se ha calculado que para el 2025 habrá 300 millones de personas con diabetes, por lo que es de esperar en el futuro que la mortalidad por esta causa se incremente conforme aumente la prevalencia de la diabetes.ⁱ

En el 2001 las enfermedades no transmisibles fueron la causa de casi el 60% de todas las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial. En 1995, México contaba con 3.8 millones de adultos con diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), ocupaba el 4° lugar dentro de las principales causas de muerte; y una prevalencia de 7.2% en la población de entre 20 a 69 años de edad, con una proporción importante de personas que desarrollan diabetes mellitus antes de los 45 años de edad. Anualmente se registran más de 180 mil casos nuevos y 36 mil defunciones aproximadamente, por otra parte, la mortalidad por ésta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.ⁱⁱ

Actualmente, se considera como punto clave los estilos de vida saludables como un factor determinante para limitar el daño, ya que los cambios, principalmente los que se refieren al tipo de alimentación, están favoreciendo el incremento en la prevalencia de padecimientos tales como obesidad y dislipidemias que, si bien tienen factores genéticos subyacentes, la influencia del medio ambiente es innegable. La alimentación poco saludable, el sedentarismo y la baja adherencia al tratamiento refuerzan esta compleja transición, potenciando no sólo la prevalencia de dichos componentes, sino también sus complicaciones.

Entre los factores de riesgo más importantes de una alimentación poco saludable, se encuentran la escasa ingesta de frutas y verduras, mayor consumo de alimentos hipercalóricos con alto contenido en grasas, azúcares y sal, preferencia por alimentos rápidos, las bebidas gaseosas (azucaradas), los alimentos fritos, empanizados, capeados, y las ofertas de raciones

extragrandes, etc, por otro lado, las pautas culturales de alimentación son dinámicas y están constantemente intervenidas por mensajes de diversos orígenes como son los medios de comunicación, sociedades de nutrición, placer y estilos de vida socialmente aceptable. Bajo esta concepción, el estilo de vida no saludable es algo que se percibe como agente de enfermedades, que puede ser causa de muerte misma que se refiere a conductas individuales que ponen en riesgo a la salud.ⁱⁱⁱ

La diabetes mellitus, es un problema actual de salud muy conocido, sin embargo, al observar a las personas con este tipo de enfermedad, se identifica la presencia de una baja adherencia al tratamiento, tratan su salud de manera inadecuada, siguen consumiendo alimentos chatarra y de poco valor nutricional, sin un control en los horarios de comidas.

Vivir con diabetes se convierte en un asunto de autocontrol, sobre hábitos cotidianos de cómo comer, en dónde comer y a qué hora, las personas deben iniciar con el proceso de enfrentamiento que implica cambiar y adaptar el estilo de vida personal para ajustarse a la demanda de la enfermedad, en donde el control comienza con el entendimiento de lo que es la diabetes y la forma como afecta al cuerpo, en este sentido la enfermera no debe orientar y educar únicamente, debe buscar la forma de impactar para que ésta información se convierta en un estilo de vida y no sea olvidada fácilmente, como es referido en la tesis realizada por, Medel, (2004) al impartir un curso educativo a un grupo de personas con diabetes, y a un año de distancia, decide dar seguimiento a los participantes de este programa, encontrando variaciones negativas, lo que indica ausencia de un aprendizaje significativo. Es por esto, que se hace necesario identificar en donde existe más barreras que impide a las personas apearse a estilos de vida saludable, para una actuación eficaz de la enfermera, como guía, consejera y educadora.

Algunas de las preguntas que surgen con base en lo anterior son:

¿Cómo son los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2?

¿Existen barreras percibidas en el apego al tratamiento?

¿Existe relación entre los estilos de vida y las barreras percibidas en el apego al tratamiento?

Como ya se ha mencionado la identificación de las barreras ambientales percibidas en el apego al tratamiento servirán de guía a la educación en el primer nivel de atención pues esta se considera eje central en la modificación del estilo de vida, para una mejor calidad de vida.

ⁱ Zimmet P. Diabetes. Voice 2003; 48:12-16.

ⁱⁱ Modificación a la norma oficial Mexicana. NOM-015.SSA2-1994, para a prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2. disponible en: www.salud.gob.mx.

ⁱⁱⁱ Garcia, M. Nutrición Hoy, 2005; 1, (1): Enero-marzo. Disponible en: www.fondonestlenutricion.org.mx.

OBJETIVOS

- Identificar el perfil de estilos de vida en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar si existe relación entre el estilo de vida y las barreras percibidas que impiden el apego al tratamiento.

ANTECEDENTES

La revisión bibliográfica, permitió ubicar en algunos aspectos la realización del presente trabajo, en relación con los estilos de vida no saludables, las evidencias revelan lo siguiente: Facundo y cols. (2004), realizaron una investigación sobre estilo de vida no saludable en pacientes menores de 39 años con Diabetes Mellitus tipo 2, el cual hace referencia a la relación entre los estilos de vida alimentarios y la actividad física como pilares preventivos y control de esta enfermedad, con una muestra de 91 pacientes, ellos identificaron estilos de vida no saludables principalmente en alimentación con un 67%, para la práctica de ejercicio un 92%, descanso y relajación 71% y autorresponsabilidad 50%. Esto pone de manifiesto el alto riesgo de presentar tempranamente complicaciones relacionadas con la diabetes en población joven y económicamente productiva, lo que se vincula con la alta predisposición de sufrir crisis familiares en las personas que tienen vínculos con éste tipo de pacientes.¹

Otro estudio elaborado por Gallegos E. y Bañuelos Y. (2004), con 120 adultos de ambos sexos, en la ciudad de Monterrey, demostró el efecto de las conductas promotoras en la dieta y el ejercicio como medio de control glucémico en adultos con DMT2, así mismo identificó la capacidad explicativa de variables afectivas y cognitivas en la dieta y el ejercicio, utilizando como base teórica el modelo de promoción de la salud, la información se recolectó por entrevista personal. Los resultados mostraron un porcentaje importante de personas obesas 62% y con descontrol glucémico 42%. Las variables afectivas influyeron en las conductas protectoras ($F= 5.2$ $p < .00$, $R^2= 15\%$) pero no afectaron el control glucémico.²

En otro estudio de Gallegos (1999), en donde incluyó ocho sujetos diabéticos, con edad promedio de 53.6 años, escolaridad de 13.5 años y de tres estratos socioeconómicos diferentes, se utilizó como método la entrevista de preguntas abiertas a partir de cuestiones sobre el cuidado de la diabetes, los hallazgos

reportados muestran los efectos que tienen las acciones de autocuidado como son la responsabilidad, el cambio de actitud y de hábitos. Hace mención a las categorías que resumieron los cambios de vida experimentados por padecer la diabetes como son: el estilo de vida, la funcionalidad física y las actitudes.³

Para Otero Miyar (2001), en su estudio cuasiexperimental, aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad, tuvo como objetivo medir el impacto de un programa de promoción de la salud sobre el conocimiento acerca de la diabetes mellitus en la población diabética tipo 2 de Querétaro (México), se realizó una intervención de enfermería en 40 pacientes, aplicando un cuestionario, antes y después de la intervención para medir el conocimiento alcanzado sobre la enfermedad. Para el análisis de los datos se utilizaron como medidas de las variables cualitativas el por ciento y los números absolutos, con un margen de error de 0.05. Después de la intervención, el porcentaje de pacientes con conocimientos sobre la enfermedad se elevó de 10% a 72.5%. Con el programa implementado se logró elevar el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus. Este estudio hace relación al diseño del programa de promoción de la salud aplicado por enfermería que se enriqueció con los factores personales, logrando así una mejor estructuración de la intervención así como a las influencias interpersonales familiares que deben ser consideradas en el desarrollo de un Programa de Promoción de la Salud para pacientes diabéticos.⁴

Méndez (1998), identificó que los problemas de los estilos de vida son generados por problemas ambientales, en particular de índole ocupacional, que impide a los pacientes que ingieran alimentos saludables y que lleven un horario adecuado de comidas, problemas de la vida moderna, como son jornadas de trabajo largas y decisiones incorrectas de los jefes al disminuir el tiempo de comida para alimentarse, condiciones estructurales de orden económico y cultural que limitan o impiden la posibilidad de elegir conductas saludables, dificultan el cambio del grupo social al que pertenecen, un ejemplo es seleccionar determinados alimentos, si directamente se ha reducido la capacidad de comprar de la mayoría

de la población y lo sustancial no es la capacidad de elegir, sino la posibilidad de comer.⁵

Las bases científicas de estrategias de prevención dejan fuera del análisis una serie de factores que subyacen a la aparente resistencia al cambio. Alguno de ellos se ubica en la subjetividad del individuo como es su historia infantil, que incluye el contexto en el que se adquirieron y consolidaron hábitos de alimentación. Otro conjunto de factores que suelen estar fuera de la perspectiva de los programas preventivos son los elementos del contexto social que propician y catalizan conductas inadecuadas, o que impiden o dificultan la adquisición de otras más saludables. De estos factores el más destacado es la inserción del individuo en la escala laboral, que determina entre otras cuestiones el nivel de ingresos y por tanto el acceso a bienes y servicios, incluidos la alimentación, la educación, la información y las prestaciones en salud. La cultura y la organización familiar están también relacionadas con la pertenencia a una clase social.⁶

En el estudio realizado en Monterrey, por Magaña P. (2006) titulado Barreras percibidas ante una alimentación balanceada en adultos con riesgo a desarrollar hipertensión arterial, con una muestra de 107 pacientes da a conocer como principales barreras percibidas, ante el consumo de una dieta balanceada, la falta de apoyo familiar, costo de los alimentos, cansancio y fastidio de seguir un régimen dietético, con una moderada preferencia por alimentos no saludables.⁷

En el estudio realizado por Martínez, P. (2005), en Monterrey, con una muestra de 112 participantes, titulado: Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con DMT2, concluye que la media de edad de los participantes fue de 63.7 años, el tiempo de diagnóstico de 11.44 años con predominio en el sexo femenino y tratamiento con hipoglucemiantes orales ambos con 74.10%, únicamente el 22.3% se apegó al tratamiento siendo los hombres quienes más se apegan 48.13%, el coeficiente de correlación de Pearson, mostró que a mayor

edad menor es la percepción de barreras. La mayor cantidad de barreras ambientales percibidas fueron para la conducta de cuidado de la dieta y en menor cantidad para la administración del medicamento. La prueba t de student, demostró más barreras en las mujeres; así mismo se encontró diferencias en los que se apegan y los que no se apegan al tratamiento, donde los que no se apegan perciben mayores barreras.⁸

En la investigación sobre construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con DMT2, realizada por López, J. Ariza, C. Rodríguez, J. (2003) en México, DF, los resultados muestran predominio en la presencia de mujeres con un 59.2%, sobre los hombres que obtuvieron un 30.8%, la edad de 40 a 59 años con un 53% y un 38.8% para 60 años o más, como ocupación, las labores del hogar con un 63%, en estado civil los casados con un 71%, la escolaridad hasta 6 años con 70.7%, el tiempo de evolución de 5 o menos años con un 52.7%, y los antidiabéticos orales con un 73.75%. La mediana de las calificaciones de un total de 100 puntos se obtuvo un total de 68 puntos, para mujeres 70 puntos, hombres 66 puntos, para menores de 60 años 68 puntos, para menos o igual de 5 años de evolución 66 puntos y para más de 5 años de evolución una mediana de 70 puntos, en las mujeres tuvo un mínimo de 1 mes y un máximo de 30 años con una media de 6.7, en tanto que en los hombres el mínimo fue de 1 mes y el máximo de 33 años de evolución de la enfermedad.⁹

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente estudio toma como guía el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, haciendo énfasis en el concepto de barreras percibidas a la acción, y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

edad menor es la percepción de barreras. La mayor cantidad de barreras ambientales percibidas fueron para la conducta de cuidado de la dieta y en menor cantidad para la administración del medicamento. La prueba t de student, demostró más barreras en las mujeres; así mismo se encontró diferencias en los que se apegan y los que no se apegan al tratamiento, donde los que no se apegan perciben mayores barreras.⁸

En la investigación sobre construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con DMT2, realizada por López, J. Ariza, C. Rodríguez, J. (2003) en México, DF, los resultados muestran predominio en la presencia de mujeres con un 59.2%, sobre los hombres que obtuvieron un 30.8%, la edad de 40 a 59 años con un 53% y un 38.8% para 60 años o más, como ocupación, las labores del hogar con un 63%, en estado civil los casados con un 71%, la escolaridad hasta 6 años con 70.7%, el tiempo de evolución de 5 o menos años con un 52.7%, y los antidiabéticos orales con un 73.75%. La mediana de las calificaciones de un total de 100 puntos se obtuvo un total de 68 puntos, para mujeres 70 puntos, hombres 66 puntos, para menores de 60 años 68 puntos, para menos o igual de 5 años de evolución 66 puntos y para más de 5 años de evolución una mediana de 70 puntos, en las mujeres tuvo un mínimo de 1 mes y un máximo de 30 años con una media de 6.7, en tanto que en los hombres el mínimo fue de 1 mes y el máximo de 33 años de evolución de la enfermedad.⁹

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente estudio toma como guía el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, haciendo énfasis en el concepto de barreras percibidas a la acción, y los estilos de vida de las personas con diabetes mellitus tipo 2.

MODELO DE PENDER, DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

El modelo está integrado por los siguientes conceptos:

Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Efectos directos e indirectos de comprometerse con las conductas de promoción de la salud, el efecto directo de la conducta pasada en la conducta promotora de salud actual puede deberse a la formación del hábito, predisponiéndolo a uno a realizar la conducta automáticamente, con poca atención a los detalles específicos de su ejecución.

- **Factores personales son:** factores predictivos de cierta conducta.
- **Factores personales biológicos:** incluye variables como, edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC,) estado de menopausia, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, equilibrio.
- **Factores personales psicológicos:** autoestima, automotivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
- **Factores personales socioculturales:** raza, etnia, aculturación, formación y estado socioeconómico

Para continuar se detalla una serie de variables específicas de la conducta y el efecto, las cuales son modificables mediante las acciones de enfermería:

Beneficios percibidos de acción: Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: Son los bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costos personales de la adopción de una conducta determinada. Las barreras a una conducta dada son experimentadas y almacenadas en la memoria, que necesitan ser superadas para realizar con éxito la conducta. La enfermera puede ayudar a superar estas barreras que afectan las intenciones para realizar una conducta particular y la ejecución real de la conducta. La pérdida de satisfacción por abandonar conductas que dañan la salud tales como comer alimentos altos en grasas, para adoptar un estilo de vida más sano, puede

constituir una barrera. Las barreras usualmente despiertan motivos de evasión en relación a una conducta dada.

Cuando la disposición para actuar es baja y las barreras son altas, la acción no tiene la probabilidad de ocurrir.

Las barreras pueden ser de dos tipos las propias de los individuos (internas) como son síntomas físicos, percepciones corporales y del medio ambiente (externas). Las barreras internas al cambio pueden ser falta de motivación, fatiga, aburrimiento, darse por vencido, falta de habilidades apropiadas, o no creer que la conducta puede ser cambiada con éxito, la familia puede ser una barrera si alientan la continuación de las barreras dañinas para la salud.

Las barreras ambientales incluyen la falta de espacio o un lugar apropiado para llevar a cabo la actividad seleccionada, tráfico vehicular pesado, desempleo, pobreza, los recordatorios de los medios de comunicación, de los servicios de salud, consejos de amigos, el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos por un lado y por otro las estrategias de enfrentamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado.

Autoeficacia percibida: Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud

Afecto relacionado con la actividad: Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Influye en la autoeficacia percibida. Para cualquier conducta dada, debe detallarse la gama de estados de sentimientos positivos y negativos para que puedan ser medidos adecuadamente

Influencias interpersonales: Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Fuentes primarias de influencia interpersonales, son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias circunstanciales: percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

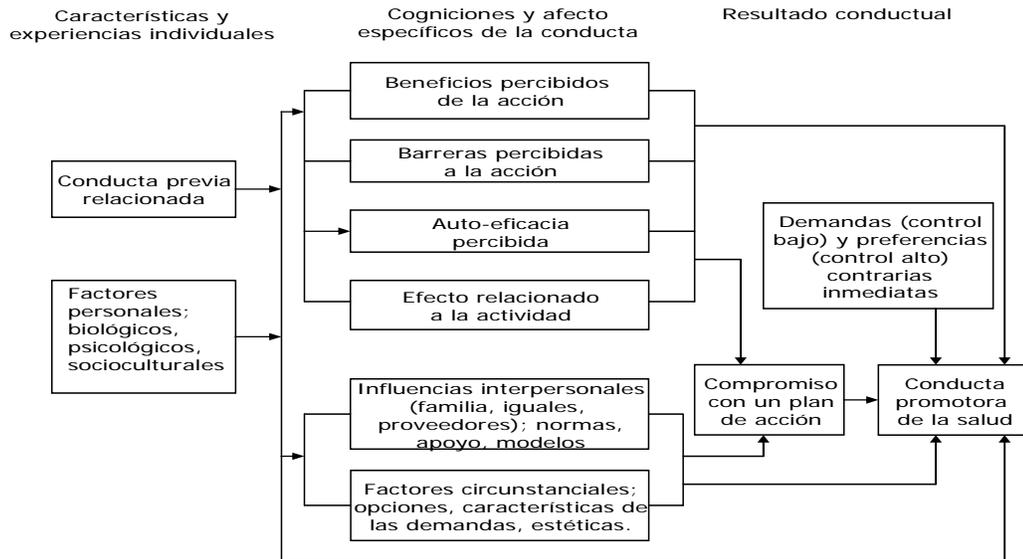
Antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales:

Compromiso con un plan de acción: el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud. ¹⁰

Conducta promotora de salud: resultado de la acción, dirigido a los resultados de salud positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Ejemplos: dieta sana, ejercicio físico regular, controlar el estrés, descanso adecuado, crecimiento espiritual, construir relaciones positivas.

Las conductas de salud se encuentran vinculadas con el estilo de vida que se define como el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona, viene a ser una forma de vivir, la influencia cultural con sus valores y costumbres determina de forma explícita o implícitamente los valores para determinar aspectos de salud y enfermedad. ¹¹

Figura 1. MODELO DE PROMOCIÓN A LA SALUD DE NOLA PENDER



Fuente: Pender, N. Toward a definition of health. Health promotion in nursing practice, Third Edition, Appleton & Lange, Stanford, Connecticut, 1996.

En determinados momentos las personas con estas conductas de salud pueden convertirlas en hábitos de salud.

Hábitos de salud: son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio de comportamiento del individuo. Al ser conducta aprendida se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de aprendizaje un ejemplo es la higiene personal.

Una persona, para poner en marcha una conducta de salud, debe percibir una amenaza por que siempre implica un esfuerzo, en ese estímulo para el cambio

está la susceptibilidad y gravedad percibida por la persona, mismo que puede relacionarse con variables demográficas, psicosociales y apoyarse en las campañas de medios de comunicación, enfermedades cercanas al individuo, e información de masas.

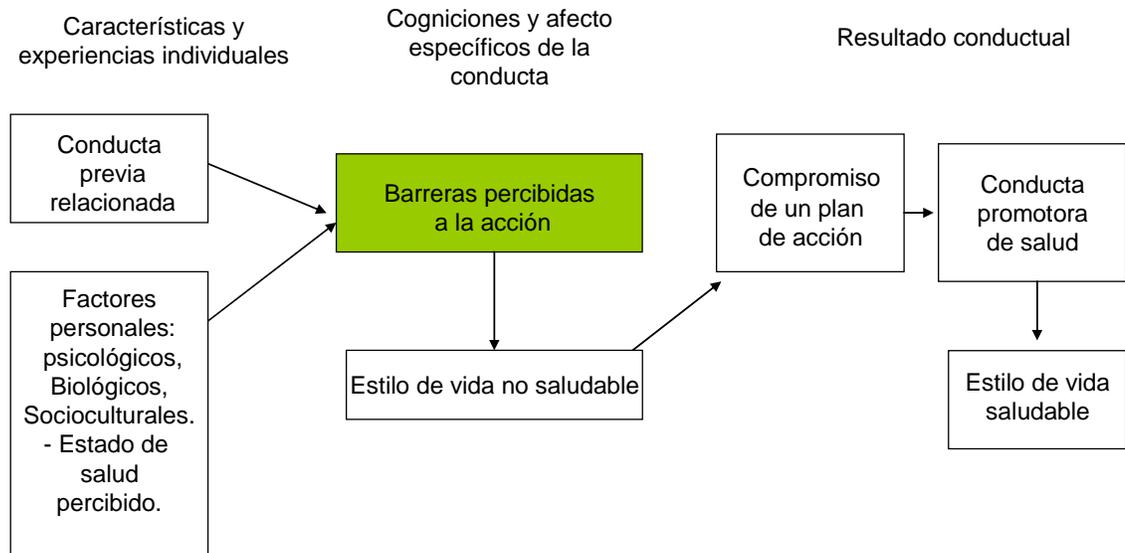
La vivencia de la enfermedad se va a vivir como una situación de imposibilidad de realizar sus necesidades. Corresponde con una conducta frustrante que genera displacer psíquico, en donde se dan los siguientes elementos en el ser humano:

- Invalidez, porque bloquea al individuo.
- Molestias, dolor físico y psíquico.
- Amenaza, aislamiento, la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece.
- Anomalía: por qué no soy igual que los demás y no puedo realizar lo que los demás hacen.
- Temor al dolor, es uno de los aspectos más importantes del ser humano.
- Ruptura del proyecto existencial.

El enfermo se va a involucrar en función del tipo de enfermedad, según sea aguda o crónica, variará el pronóstico y la evolución.¹²

Al considerar las barreras percibidas a la acción como principal concepto a utilizar, se realizó una modificación del esquema, para identificar cuales son los logros que se consideran de importancia para la investigación. (Ver Figura 2)

Figura 2. Modelo de estilos de vida saludable



Fuente: Adaptación del modelo de Nola Pender. Barranco Salinas Alma Delia, 2006.

Uno de los modelos en los que se apoyó Nola Pender para realizar su modelo de Promoción de la Salud, es el de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1995), en donde se plantean los principales determinantes de la conducta como son: la intención para llevar a cabo una conducta y el control percibido sobre la misma, que facilitan o dificultan la acción de un comportamiento de interés (Las barreras que dificultan la expresión de la conducta). El cual intenta integrar factores de comportamiento para explicar la adquisición y modificación de las conductas de salud. En síntesis postula que una conducta de salud es el resultado directo de la intención comportamental.¹³

ESTILO DE VIDA

"El estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control". Desde este punto de vista las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. El estilo de vida se le vincula especialmente con la salud física, suele asociarse con categorías tan variadas como: hábitos y relaciones sociales, preferencias estéticas y culturales, ocupaciones y profesiones, formas de esparcimiento, entre otras. En general, los estilos de vida también se pueden relacionar con costumbres y tendencias en el consumo.^{xiv}

El concepto de "estilo de vida" apareció en 1939. En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida, o forma de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.^{xv} De hecho el consumir bebidas embriagantes en exceso, comer dietas grasas, abusar de lo dulce o lo salado, comer demasiado rápido, "picar" entre comidas, efectuar un número inadecuado de comidas (por ejemplo: no desayunar), fumar, tomar bebidas gaseosas, no seguir una dieta equilibrada y no vigilar el peso, constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgo.^{xvi}

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud encontramos la dieta, en los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida no saludables de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.²⁰

Es bien sabido que muchos hábitos desadaptativos para la salud y muchos patrones de comportamiento relacionados con el estilo de vida aumentan el riesgo de enfermedad, de complicaciones y de muerte. Los responsables de los servicios de salud han iniciado acciones para modificar y prevenir los hábitos y estilos de vida que representan un riesgo potencial a la salud del paciente, como el estilo de vida sedentario, la obesidad y las fobias médicas, como a las inyecciones y otras formas de tratamiento agresivas.

Las respuestas que un individuo propicia que le den otros por estar enfermo, con frecuencia refuerzan su conducta de estar enfermo. Esto produce una considerable dependencia del paciente hacia el personal que proporciona servicios de salud; mientras más acepta el individuo el autoconcepto de estar enfermo o incapacitado, es más probable que su comportamiento se incline hacia la incapacidad. Aquellos que se perciben a sí mismos como enfermos son los que más buscan oportunidades para retirarse de las actividades normales y de las responsabilidades de la vida cotidiana. Puede mantenerse un estado de invalidez debido a la ansiedad y a la depresión producida por un accidente o enfermedad seria.

Por otra parte, las condiciones de vida impuestas por la globalización mundial, el crecimiento económico y social ya están favoreciendo el incremento en la incidencia de enfermedades de tipo crónico y degenerativo, en México, se encuentran relacionados muy de cerca con el comportamiento humano que propicia estos problemas de salud a partir de los estilos de vida de los individuos.

Los estilos de vida son el eje central de la salud, todos los problemas, se derivan de las prácticas comunes de la vida cotidiana: en la casa, en el trabajo, en la escuela, en las reuniones sociales. Cuando el estilo de vida no es congruente con las demandas ambientales, personales y sociales del ser humano, se inicia un proceso de deterioro.

La principal misión del profesional de enfermería es promover el cuidado preventivo, involucrar a los pacientes en actividades responsables de

autoayuda, encaminadas al logro de un estilo de vida saludable, cambiar hábitos de vida, como son, el consumo excesivo de alcohol, de tabaco y de comida chatarra.

Sin embargo, se han reconocido las grandes dificultades que implica el modificar el estilo de vida de un ser humano. Pues se requiere de la participación activa de las personas, lo que constituye un proceso cada vez más complejo, ya que existe una mayor información sobre la patogénesis, hay modificaciones en el estilo de vida moderno y urbano, además la diabetes es una enfermedad que se controla únicamente y por lo mismo suele haber descuidos en el seguimiento del tratamiento.

Se presentan factores de relevancia en los procesos de aprendizaje en las personas entre los que están: los sociológicos, los psicológicos y los fisiológicos.

Factores sociológicos:

1. Tipo de interacción entre el terapeuta y el paciente, en este proceso es importante subrayar los modelos preexistentes establecidos en una sociedad sobre las expectativas de las personas, en relación al otorgamiento y a la calidad de los servicios de salud.
2. Otro aspecto sociológico importante son los modelos y roles de las personas cercanas al paciente, estas pueden comportarse en forma autoritaria, inconsistente o irracional, esto influirá en los modelos de autoridad que el paciente maneja.
3. El modelo de aprendizaje de enfermedad juega un papel trascendente, ya que va a determinar el grado de aceptación y el impacto en su manejo.
4. El nivel de educación y la clase social. Los grupos de nivel universitario son los más dispuestos a modificar su estilo de vida y a utilizar innovaciones tecnológicas.
5. La edad y el sexo.

Factores psicológicos:

Pláticas desagradables sobre la diabetes que lleguen a escuchar los pacientes de otras experiencias de vida, de éstas resultará su decisión, de cumplir o no el tratamiento, siendo un proceso psicológicamente incómodo, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución de preocupaciones al escuchar a otras personas con el mismo o tal vez diferente problema.

Los factores psicológicos pueden tener efectos positivos o negativos en la conducta de la alimentación, las emociones tales como la depresión, coraje, la frustración, la inseguridad y las creencias personales de baja autoestima, así como la falta de control personal sobre la vida de uno mismo, particularmente en lo que se refiere a la conducta de comer, pueden dañar de manera importante las prácticas nutricionales.

Los hábitos constituyen otra determinante de importancia en la conducta de comer. Un hábito se puede definir como una conducta que ocurre frecuentemente o con muy poca preocupación consciente, hasta convertirse en un estilo de vida. Un ejemplo, son las personas que están acostumbradas a comer comida rápida (pizzas, hamburguesas, papas fritas, pastelillos, donas).

Factores fisiológicos:

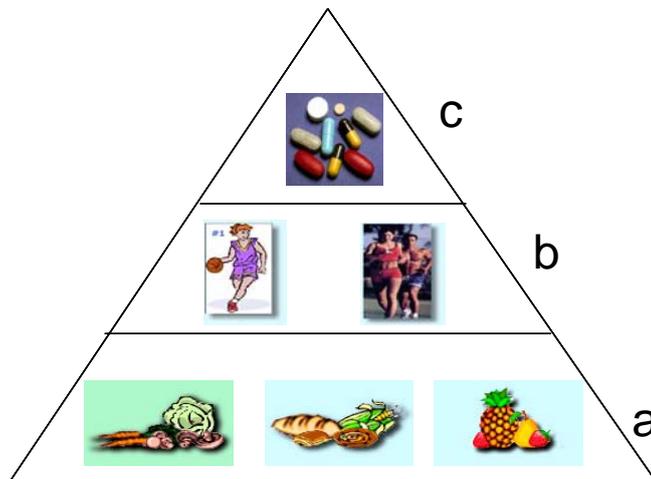
1. Grado de severidad de los síntomas de la enfermedad. Si los síntomas son leves, es más fácil que el sujeto niegue la presencia de la patología, si por el contrario los síntomas son severos, ocurrirá todo lo contrario ya que entonces será difícil para el sujeto negar su enfermedad.
2. El grado de afectación y daño. La gravedad del padecimiento es determinante para que el paciente se adhiera o no a un tratamiento. Los padecimientos graves pueden motivar fuertemente al paciente a implementar las recomendaciones de su médico. Sin embargo, cuando el pronóstico es demasiado pobre, puede ocurrir lo contrario.

Una de las principales preocupaciones que se han detectado en la actualidad, en las personas con diabetes mellitus tipo 2, es la baja adherencia que tienen a

seguir conductas que favorezcan y promuevan la salud dentro del plan alimentario, pues la alimentación se considera como la base principal de la pirámide para un buen control de la diabetes (ver imagen 1), es ahí de donde proviene la energía que utiliza nuestro organismo, para un estado óptimo de salud.^{xvii}

IMAGEN 1. PIRÁMIDE DE CONTROL DIABÉTICO

Los tres elementos para controlar la diabetes: a) Alimentación saludable, b) actividad física y control de peso y, c) medicamentos.



Fuente: Tapia, R. y Cols. Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. México 2001

Factores socioculturales

Los hábitos dietéticos están influidos por la preparación de alimentos en la familia.

Los medios masivos son otra influencia considerable sobre la conducta.

El ambiente étnico como cultural sirve como una influencia importante en la conducta alimenticia. Las comidas son una fuente de orgullo y de identidad para muchos grupos. Sin embargo, en la actualidad existen dificultades que los grupos étnicos pueden tener para una alimentación adecuada, como son la falta de capacidad para obtener alimentos, la escasez de dinero, los mensajes confusos de los medios masivos de comunicación acerca de las comidas nutritivas, las barreras del lenguaje, la tensión diaria de un ambiente poco familiar frecuentemente sirven como barreras hacia la buena nutrición.

En lo social, el efecto de estas complicaciones resulta en un elevado costo económico para las instituciones de salud, que proporcionan servicios,

prolongándose así innecesariamente los tratamientos y presentándose recaídas y readmisiones, un ejemplo son las complicaciones que presentan los pacientes, como son las neuropatías, las insuficiencias renales, y que requieren de una hospitalización prolongada, dolorosa y costosa.^{xviii}

Es indispensable identificar la personalidad del diabético, en donde las variables psicológicas y biológicas actúan a través de tres vías:

1. Cognitivas y emocionales que se encuentran en constante interacción.
2. Conductuales que se traducen en estilo de vida susceptibles de afectar directamente al organismo mediante la alimentación, el tabaco, el alcohol y el ejercicio físico.
3. Ecológico-conductual, modifica el ambiente natural y social que afecta a todo hombre, es decir, los cambios tecnológicos y culturales que actúan sobre el proceso salud-enfermedad como son la creciente contaminación ambiental y la industrialización de gran cantidad de alimentos, las radiaciones entre otros.^{xix}

Dentro de los estilos de vida es importante entender los comportamientos y las barreras. La modificación de los estilos de vida no saludables del individuo frente a su enfermedad o los factores de riesgo entrañan un cambio sociocultural complejo que requiere información sobre la enfermedad, capacitación para el autocontrol y sobre todo el tiempo, la experiencia y el apoyo de todo el equipo de salud.^{xx}

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Se considera que los seres humanos presentan una serie de resistencias naturales y comprensibles a cualquier cambio, aun en los casos en que el cambio es favorable. Esta resistencia al cambio es de mayor importancia en la etapa inicial, se ve como un periodo crítico y de mal pronóstico en el adecuado cumplimiento de tratamientos de mantenimiento.^{xxi}

Autores como Pinkerton, Hughes y Wenrich, consideran la adherencia como un problema de conducta, en el sentido de que la meta es la modificación de conductas del paciente, asociadas al estado de salud y que interfieren con el desarrollo satisfactorio de un tratamiento. El contexto social en el cual vive el paciente y el medio en que se desenvuelve deberá estudiarse, con el objeto de

identificar variables ambientales que influyen en la conducta de adherencia del paciente.²³

Esto probablemente se basa en confusiones y concepciones equivocadas en la tecnología. Por ejemplo cuando se habla de autocontrol, se interpreta como sinónimo de restricción y/o de limitación, cuando en la práctica es todo lo contrario, ya que el control le permite al sujeto desarrollar su libertad personal.^{xxii}

Mahoney y Thorensen, lo plantean claramente de la siguiente manera: “El individuo libre, es el sujeto que ha adquirido habilidades técnicas que le permiten tener un rol activo en su propio crecimiento y ajuste. No es un autómatas mecánico que responda pasivamente a influencias ambientales. Es decir, el sujeto es un hábil ingeniero, capaz de investigar y modificar los factores que determinan sus acciones”.^{xxiii}

Según Braybrooke y Lindblom, los factores esenciales de este modelo son: cuando el individuo se encuentra colocado en su propio espacio personal y en una relación única con su ambiente percibido, las decisiones no son, o no pueden ser tomadas entre el rango total de posibles alternativas. Las perspectivas de elección se encuentran limitadas por el proceso de experiencias de socialización en el pasado; por expectativas y aspiraciones existentes y por restricciones biológicas, económicas y sociales; así como por las normas culturales que se perciben y prevalecen.^{xxiv}

La interpretación que la persona haga de sus síntomas es importante también para comprender cómo influye ésta a la reacción deliberada hacia los problemas relacionados con su salud. Las creencias acerca de la naturaleza de una enfermedad pueden influir en las acciones específicas que inicie el individuo. Kirscht y Rosenstock, revisaron la literatura que sugiere que “ante la presencia de una amenaza, la acción preventiva es vista como eficaz y posible en relación al costo tolerable”. Esto quiere decir que las personas buscarán vacunas preventivas o tolerarán los efectos debilitantes de las radiaciones y la quimioterapia del cáncer si se considera la enfermedad como una amenaza personal real y sienten que obtendrán un beneficio del tratamiento.^{xxv}

Kasl, indicó que “Es más fácil seguir las indicaciones del médico cuando el medicamento proporciona algún alivio a los síntomas. En cambio, es más difícil

seguirlas cuando éste se toma por razones profilácticas o cuando los síntomas parecen no estar relacionados con la ingestión de un medicamento”.^{xxvi}

No cabe duda que el factor determinante será la actitud de vida que tiene la persona para tomar el tratamiento. Si éste detecta mejora clínica y un aumento de su calidad de vida, la predisposición será mayor que aquellos que no lo detecten.

Si el paciente presenta una situación laboral inestable, o si no tiene un domicilio fijo, es adicto a drogas o tiene una situación económica precaria, o vive sólo o simplemente tiene mala calidad de vida, es suficiente para que estos factores puedan influir negativamente en la adhesión al tratamiento.^{xxvii}

Es difícil hacer cambios de conducta, sin embargo se tratará de examinar. Una cuestión importante en la modificación de conductas de salud es la motivación de los individuos para el cambio de comportamiento, por ejemplo, un fumador no podrá abandonar el hábito del tabaco hasta que esté convencido del mismo.²¹

¹ Facundo, L. Lara, M. Rangel, G. Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enfermería IMSS 2004; 12(2): 79-82. disponible en: www.imss.gob.mx

² Gallegos, E. Bañulos, Y. Conductas protectoras de salud en adultos con Diabetes mellitus tipo II. Disponible en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/Sept2004/Investigacion/Conductas%20protectoras%20de%20salud.htm>.

³ Gallegos, E. Cárdenas, V. Sales, M. Investigación y educación en enfermería. Medellín, 1999; XVII (2): 23-33.

⁴ Otero, L. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003; 11 (6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11.

⁵ Méndez, E. Estilos de vida. Estudios Sociológicos. 1998; XVI: 46-50.

⁶ Arroyo, P. Nutrición hoy. 2005; 1 (3) julio-septiembre.

⁷ Magaña Lozano, P. Barreras percibidas ante una alimentación balanceada en adultos con riesgo a desarrollar hipertensión arterial. (Tesis de maestría en ciencias de enfermería). Monterrey: 2006.

⁸ Martínez, P. Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis de maestría en ciencias de enfermería). Monterrey: 2005.

-
- ⁹ López-Carmona, J. Ariza-Andraca, C. Rodríguez-Moctezuma R. Murguía-Miranda, C. Salud pub. Méx. 2003; 45 (4): 259-67. disponible en www.insp.mx/salud/index.html.
- ¹⁰ Pender, N. Empowerment for self-care. Health promotion in nursing practice, 3^{era} ed. Appleton & Lange, Stanford, Coneticut, 1996; p. 97-112
- ¹¹ Pender, N. Towaed a definition of healt. Health promotion in nursing practice, 3^{era} ed Appleton & Lange, Stanford, Coneticut, 1996; p.33-50
- ¹² Amigo, I. Fernández, C. Pérez, M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 1998. p. 242-273.
- ¹³ Montil, M. Barriopedro, M. Oliván, J. Barreras para la práctica de actividad física en población infantil: un estudio sobre una muestra de la comunidad Autónoma de Madrid. Revista digital – 2006; 10 (83). Disponible en: www.efdeportes.com/efd83/madrid.htm
- ^{xiv} Tiempo el portal de la psicogerontología. <http://psiconet.com.mx/tiempo>.
- ^{xv} Wikipedia, enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida.
- ^{xvi} La Torre, J. Ciencias psicosociales aplicadas II. España: Síntesis; 1995.
- ^{xvii} Tapia, R. Velásquez, O. Lara, La Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. México: Secretaría de salud; 2001.
- ^{xviii} Laguna, J. Puente, F. Adherencia terapéutica, implicaciones para México. México: 1984.
- ^{xix} Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Publica Mex 1996; 38: 438-447. disponible en: www.insp.mx/salud/35/352-6shtml.
- ^{xx} Del Rey J, Calvo, J. Como cuidar la salud, su educación y promoción. España: Harcourt Brace; 1998. p. 287-349.
- ^{xxi} Maynes R, Sackett D. UIT therapeutic Regimens. Johns Hopkins University Press: 1976; 93-279
- ^{xxii} Pinkerton s, Hughes H, Wenrich W: Treatment interventions. En: Behavioural Medicine Clinical Applications. Pub. John Wiley and Sons: 1982; p 4-6.
- ^{xxiii} Thorensen C, Mahoney M. Personal Freedom. En: Behavioral Self-Control. Pub. Holt, Rinehart and Winston, Inc: 1974; p.142-144.
- ^{xxiv} Braybrooke D, Lindbrom C. A Strategy of Decisión. Free Press. Nueva York: Cap. 9, 1963; 268.
- ^{xxv} Kirscht JP, Rosenstock IM. Patient adherente to antihypertensive medical regimens. Journal of Community Health: 1977; p.115-124.
- ^{xxvi} Kasl SV: Issues in patient adherente to health care regimens. Journal of Human Stress: 1975; p. 5-17.
- ^{xxvii} www.neumosurenfermería.org.AAA/.../textos/adherencia_al_tratamiento.htm

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio abordado con un enfoque cuantitativo, **descriptivo, correlacional**, realizado con el fin de describir variables y examinar la relación entre ellas, se busca especificar las características y los perfiles importantes de las personas, por un lado, y por otro poder formular un diagnóstico para conocer los estilos de vida y las barreras ambientales que impiden que las personas con diabetes mellitus tipo 2, se apeguen a un tratamiento específico a su patología, y de esta manera poder sugerir una acción o una intervención de enfermería y, **Transversal** ya que describe el estado del fenómeno, en un momento, la muestra será tomada una sola vez.ⁱ

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 con edades de entre 20 a 69 años que acuden a consulta externa del Hospital General de México O.D; tomando como fecha dos meses atípicos

Criterios de inclusión.

Personas con diabetes mellitus tipo 2, que reúnan las siguientes características:

- Que tenga un año de evolución o de ser diagnosticada con Diabetes Mellitus tipo 2, pero que no presenten complicaciones tales como: amputaciones, diálisis peritoneal, o discapacidades como son retraso mental, apoplejías, postración en silla de ruedas, y tener entre 20 a 69 años de edad,
- Que se cuiden por si solos.
- Que acudan a consulta externa del Hospital General de México O.D.

Criterios de exclusión.

- Personas menores de 20 años, y mayores de 69 años, los mayores de 70 años incrementan la posibilidad de ser hospitalizados, necesitan de ayuda de otras personas para satisfacer sus necesidades en el mayor de los casos.
- Que se nieguen a participar de forma voluntaria en el estudio,
- Que presenten una discapacidad que impida la satisfacción de las necesidades más indispensables para su autosatisfacción personal, como por ejemplo, retraso mental, apoplejías, presencia de amputaciones, diálisis peritoneal.

Criterios de eliminación.

- Toda persona que se niegue a participar en el proyecto.
- Cédulas que no sean llenadas correctamente.
- Personas mayores de 69 años de edad, que presenten amputaciones o daño renal crónico

MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como base dos meses atípicos del 5 de Octubre al 30 de Noviembre del 2006, su realización se llevó a cabo en consulta externa de los consultorios 23 y 24 (Medicina Interna) del Hospital General de México O.D, se tomó como preferencia el turno matutino por ser de mayor asistencia por los pacientes.

El plan del muestreo consistió en identificar en consulta externa a las personas que presentan diabetes mellitus tipo 2.

Una vez seleccionadas las personas, se confirmaron los criterios de inclusión y exclusión, se excluyeron seis personas que se negaron a participar, cinco por edad mayor a 69 años, 4 por presentar diálisis peritoneal, estar en silla de ruedas y presentar amputación de miembros inferiores, el total de la muestra fue de 204 participantes.

PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto del instrumento en 10 personas con características similares a los de la unidad de muestra, para verificar si se entiende el instructivo y las preguntas, así como la posible veracidad de las respuestas.

VARIABLES DE ESTUDIO

- Estilos de vida
- Barreras percibidas en el apego al tratamiento médico.

Concepto:

Estilo de vida: según la OMS, es la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socioculturales y por las características de los individuos.¹⁴

Operacionalización de la variable:

Son las conductas que adquieren los individuos a lo largo de su vida y que están influenciadas por diversos factores ambientales.

Barreras percibidas en el apego al tratamiento: son bloqueos anticipados, imaginados o reales, y costos personales de la adopción de una conducta determinada.

Operacionalización de la variable: son los obstáculos anticipados, reales o imaginados que impiden que las personas sigan un tratamiento adecuado a su patología.

TÉCNICAS

La recolección de datos se realizó a través de captar personas en la consulta externa de los consultorios 23 y 24, del Hospital General de México O.D, se les proporcionó una carta de consentimiento informado explicando el motivo y tema de investigación, posteriormente se dio a llenar el cuestionario compuesto por tres apartados y finalmente a manera de agradecimiento se regaló un tríptico elaborado previamente por la investigadora.

La aplicación del instrumento se realizó a cargo de la investigadora, explicando y verificando que se respondieran correctamente todas las preguntas.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La elaboración del marco teórico se realizó por medio de revisión bibliográfica y búsqueda en base de datos por Internet.

Para el desarrollo del protocolo de la investigación, fue preciso contar con el apoyo de un tutor metodológico y dos cotutores. En lo que respecta a la construcción del instrumento se seleccionaron dos cuestionarios ya validados y aplicados a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, dentro de la población mexicana, uno sobre estilo de vida (López y Carmona, 2003) y otro sobre barreras para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Irving, A.A; Saunders, 1990),

siendo importante elaborar como preámbulo preguntas enfocadas hacia los factores personales sociodemográficos tratando de seguir los conceptos de Nola Pender.

Con base en los instrumentos seleccionados para el estudio, se utilizaron tres de acuerdo al objetivo del estudio que es identificar por qué las personas no se apegan al tratamiento médico, el primero cuestionario consta de 11 preguntas indagando factores personales biológicos y socioculturales, el segundo es específico para medir el estilo de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (IMEVID), que consta de 25 ítems, agrupados en siete dominios: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, en donde las respuestas obtenidas reflejan patrones de actitudes o conductas asumidas como ciertas por los pacientes, lo cual permite plantear estrategias de cambio partiendo de la propia visión de los sujetos. El instrumento se diseñó en el Instituto Nacional de Salud Pública (2004) por Juan Manuel López-Carmona, Cuauhtémoc Raúl Ariza-Andraca, José Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Catarina Murguía-Miranda, médicos que laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para la escala de medición del instrumento, se asignaron calificaciones de 0, 2 y 4 a las tres opciones de respuestas, en donde a mayor calificación mejor conducta. ¹⁴

Finalmente se utilizó la escala de Barreras para el apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, el cual consta de 47 preguntas y se divide en tres subescalas de acuerdo a las siguientes conductas de cuidado: las primeras 13 para la administración de medicamento, siguiendo con 16 reactivos sobre ejercicio, finalmente 18 reactivos sobre dieta, el patrón de respuesta va desde 0 hasta 5, donde 0 = no aplica y 5 siempre, la puntuación total de la escala es de 235, donde a mayor puntaje mayor percepción de barreras para el apego al tratamiento, el cuál se aplicó en la tesis para obtener el grado de maestría por Martínez, Perla en el año 2005.ⁱⁱ

Se utilizó la escala de Likert, para medir la opinión o actitud de un sujeto, las respuestas a escoger van dirigidas a la frecuencia.ⁱⁱⁱ

CUADRO 1

Descripción de los instrumentos, Estilo de Vida y Barreras Ambientales para el apego al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Dimensiones	N° de Preguntas	Preguntas en Escala de Medición Tipo Lickert	Preguntas con Respuesta sin Escala
Factores Sociodemográficos	11		1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11
Estilos de Vida (escala 0, 2, 4)			
Nutrición	9	12-13-14-15-16-17-19-20	-
Actividad Física	3	21-22-23	-
Consumo de Tabaco	2	24-25	-
Consumo de Alcohol	2	26-27	-
Información Sobre Diabetes	2	28-29	-
Emociones Negativas	3	30-31-32	-
Adherencia Terapéutica	4	33-34-35-41	-
Barreras Ambientales para el Apego en el Tratamiento (escala del 1 al 5) en:			
Administración de Medicamento	13	36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48	-
Ejercicio Físico	16	49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64	-
Plan Alimentario	18	65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82	-

Para el análisis de los resultados se realizó una base de datos con el programa SPSS versión 10,0, se utilizó estadística descriptiva para frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y estilo de vida.

Para comparar cada uno de los dominios de la variable estilo de vida y barreras en el apego al tratamiento con la variable sexo se utilizó como prueba estadística la t de Student; con un nivel de probabilidad de 0.5. Para correlacionar estilo de vida y barreras en el apego al tratamiento se utilizó la r de Pearson.

Para la variable ESTILO DE VIDA se utilizó la siguiente forma de calificar:

Dimensiones

- Nutrición. (Calificación de 36)
 - < 9 No saludable
 - 10 a 27 Regularmente Saludable
 - > 27 Saludable
- Actividad física (Calificación de 12)
 - < 3 No saludable.
 - 4 a 9 Regularmente Saludable.
 - > 9 Saludable.
- Consumo de tabaco (Calificación de 8)
 - < 2 No saludable.
 - 2 a 6 Regularmente saludable.
 - > 6 Saludable.
- Consumo de alcohol. (Calificación de 8)
 - < 2 No saludable.
 - 2 a 6 Regularmente saludable.
 - > 6 Saludable.
- Información sobre diabetes. (Calificación de 8)
 - < 2 No saludable.
 - 2 a 6 Regularmente saludable.
 - > 6 Saludable.
- Emociones. (Calificación de 12)
 - < 3 No saludable.
 - 4 a 9 Regularmente Saludable.
 - > 9 Saludable.
- Adherencia terapéutica. (Calificación de 16)
 - < 4 No saludable.
 - 4 a 12 Regularmente Saludable.

> 12 Saludable.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Dado que los instrumentos utilizados ya habían sido validados y aplicados en estudios anteriores únicamente se realizó el análisis de confiabilidad del instrumento mediante el cálculo de coeficiente de confiabilidad Alfa – Cronbach, para el instrumento IMEVID y el de barreras ambientales para el apego al tratamiento.

CUADRO 2

MEDIAS DE LAS CALIFICACIONES POR DOMINIO, INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. MÉXICO, 2006 N= 204

Estilo de Vida							
Dominios	Puntos Posibles	Media Muestral	No de ítems	Alfa de Cronbach	DE	Mínimo	Máximo
Nutrición	0 a 36	27.73	9	0.64	5.5	2	36
Actividad Física	0 a 12	6.65	3	0.37	3.2	1	3
Consumo de Tabaco	0 a 8	6.94	2	0.93	2.2	0	8
Consumo de Alcohol	0 a 8	7.01	2	0.92	2	1	3
Información Sobre Diabetes	0 a 8	3.48	2	0.47	2.5	1	3
Emociones Negativas	0 a 12	6.6	3	0.68	3.2	1	3
Adherencia Terapéutica	0 a 16	10.41	4	0.47	3.4	1	3
TOTAL	0 a 100	68.82	25	0.75	11.57	36	85

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

CUADRO 3

MEDIAS DE LAS CALIFICACIONES POR DOMINIO Y TOTAL, INSTRUMENTO PARA MEDIR BARRERAS AMBIENTALES PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO, EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. MÉXICO, 2006 N= 204

Barreras para el apego al tratamiento							
Dominios	Puntos posibles	Media muestral	No. ítems	Mínimo	Máximo	DE	Alfa de Cronbach
Administración del medicamento	0 a 65	16.28	13	0	44	6.85	0.76
Ejercicio físico	0 a 80	29.63	16	0	72	13.49	0.86
Plan alimentario	0 a 90	35.65	18	9	84	15.42	0.92
Total	0 a 235	82	47	9	200	23.47	0.92

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

4.8 RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO.

La investigación fue financiada por la investigadora de la maestría en enfermería, en cuanto al apoyo académico, es decir de tutoría, fue facilitada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital General de México O.D prestó su colaboración al autorizar la aplicación del instrumento y recolección de datos en la unidad de Consulta Externa.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La investigación se desarrolló respetando los aspectos éticos y legales por la comunidad científica y la sociedad.

Para obtener el consentimiento informado, se les informó a los participantes los beneficios y riesgos que puede aportar su participación, respetando los derechos, salvaguardando su integridad, y preservando la veracidad de los resultados.

Se utilizó el derecho a la autodeterminación, los participantes tuvieron la oportunidad a decidir voluntariamente si participaban en el proyecto, sin el riesgo

de exponerse a represalias o a un trato perjudicado, utilizando el principio de justicia, que incluye un trato justo cumpliendo todos los acuerdos establecidos entre el investigador y la persona, con un trato amable y respetuoso en todo momento y derecho a la privacidad asegurándose de no invadir más de lo necesario, establecer con los participantes un compromiso de confidencialidad lo que constituye una garantía de que los informes proporcionados no serán divulgados públicamente.³⁶

Se consideró la utilización del consentimiento informado, para la presente investigación, apoyándose en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el Título primero, capítulo único:

ARTÍCULO 1o.- Este Ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTÍCULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTÍCULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud,

TÍTULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

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

I. A la producción de insumos para la salud.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

ARTÍCULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.³⁷

CUADRO 3

MEDIAS DE LAS CALIFICACIONES POR DOMINIO Y TOTAL, INSTRUMENTO PARA MEDIR BARRERAS AMBIENTALES PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO, EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. MÉXICO, 2006 N= 204

Barreras para el Apego al Tratamiento							
Dominios	Puntos Posibles	Media Muestral	No. Ítems	Mínimo	Máximo	DE	Alfa de Cronbach
Administración del Medicamento	0 a 65	16.28	13	0	44	6.85	0.76
Ejercicio Físico	0 a 80	29.63	16	0	72	13.49	0.86
Plan Alimentario	0 a 90	35.65	18	9	84	15.42	0.92
Total	0 a 235	82	47	9	200	23.47	0.92

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

RECURSOS Y APOYO LOGÍSTICO.

La investigación fue financiada por la investigadora de la maestría en enfermería, en cuanto al apoyo académico, es decir de tutoría, fue facilitada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el Hospital General de México O.D prestó su colaboración al autorizar la aplicación del instrumento y recolección de datos en la unidad de Consulta Externa.

ⁱ Mendoza, V. Romo, R. Sánchez M. Investigación. Introducción a la metodología. UNAM, FESZ: México; 2004.

ⁱⁱ Cuestionario de Irving, A.A; Saunders, T.J; Blank, B.M & Carter, R. W Validation of Scale measuring environmental barriers to diabetes regimen adherente. Diabetes care. 1990; 13(7); 705-711.

ⁱⁱⁱ Burns, N. Investigación en enfermería. 3^{era} ed. España: Elsevier; 2004

DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio abordado con un enfoque cuantitativo, **descriptivo, correlacional**, realizado con el fin de describir variables y examinar la relación entre ellas, se busca especificar las características y los perfiles importantes de las personas, por un lado, y por otro poder formular un diagnóstico para conocer los estilos de vida y las barreras ambientales que impiden que las personas con diabetes mellitus tipo 2, se apeguen a un tratamiento específico a su patología, y de esta manera poder sugerir una acción o una intervención de enfermería y, **Transversal** ya que describe el estado del fenómeno, en un momento, la muestra será tomada una sola vez.¹

RESULTADOS

CUADRO 4

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA. MÉXICO, 2006 N=204

Características	Fc.	%
Sexo		
Mujeres	140	68.6
Hombres	64	31.4
Edad (Años)		
20 a 34	7	3.4
35 a 54	116	56.8
55 a 69	81	39.7
Tiempo de Evolución		
< de 10 Años	143	70
11 a 20 Años	49	24
> de 20 Años	12	5.8
Tratamiento		
Pastillas	154	75.5
Insulina	23	11.3
Pastillas e insulina	15	7.4
Thés o hierbas	3	1.5
Dieta	9	4.4
Estado civil		
Solteros	30	14.7
Casados	113	55.4
Viudos	15	7.4
Divorciados	16	7.8
Unión libre	30	14.7
Ocupación		
Labores del Hogar	102	50
Trabajador en Activo	66	32.4
Pensionado o Jubilado	4	2
Desempleado	30	14.7
Otros	2	1
Escolaridad		
< de 6 Años	121	59.3
7 a 12 Años	57	27.9
13 o más	26	12.7

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006

Análisis de las características de la muestra.

Dentro de la población muestral se pudo constatar que el mayor porcentaje que asiste a consulta de los consultorios 23 y 24 en Medicina Interna, son mujeres con un total de 68.6% (fc 140) y en menor cantidad los Hombres con un 31.4% (fc 64).

Debido a que las mujeres son las que más asisten a consulta, la actividad ocupacional que se presenta con mayor frecuencia, son las labores del hogar con un 50%, y un 32.4 % de las personas trabaja en activo, un 14.7% es desempleado, un 2% pensionado o jubilado y el 1 % se dedica a otra actividad.

En lo que respecta a la edad, la media fue de 51 años con un mínimo de 32 años y un máximo de 69 años, en donde el 3.4% se encontraba dentro del rango de 20 a 34 años de edad, un 56.8% en el rango de 35 a 54 años de edad y un 39.7% entre 55 a 64 años de edad.

El 70% tiene menos de 11 años que le diagnosticaron la enfermedad; un 24% entre 11 a 20 años y un 5.8% más de 20 años. Con una media de 8 años, un mínimo de 1 año y un máximo de 30 años de padecer la diabetes.

Los hipoglucemiantes orales son el medicamento que predomina como tratamiento con un 75.5%, se utiliza en personas con DMT2, porque estos pacientes continúan produciendo cierta cantidad de insulina, siguiendo la insulina con un 11.3%, las pastillas combinadas con la insulina con un 7.4%, la dieta con un 4.4%; y únicamente una persona afirmó usar hierbas para el control de su diabetes.

El estado civil de las personas entrevistadas que mayor presencia existe, es el de casados con un 55.4%, siguiéndole con un 14.7% los solteros y las personas en unión libre con el mismo porcentaje, los divorciados con un 7.8% y las personas viudas con un 7.4%, cabe destacar que existe un porcentaje (30%) considerable de personas que se encuentran solos entre solteros, viudas y divorciados.

Para los años de estudio de acuerdo a los datos recabados existe una media de 7 años de estudio concluidos, con un mínimo de 0 años y un máximo de 26 años de los cuales el 59.3% estudió menos de 6 años, las personas que estudiaron de 7 a 12 años se encuentran con un 27.9%, y los que tienen de 13 a 26 años de estudio un 12.7%.

CUADRO 5

GRADO DE PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES DE AUTOCUIDADO EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10. N= 204

PERCEPCIÓN DE AUTOCUIDADO	Fc.	%
Buen Autocuidado (0 a 5)	101	49
Regular Autocuidado (6 a 7)	67	33
Poco Autocuidado (8 a 10)	34	17
Sin Dato	2	1.4

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

Se les preguntó a las 204 personas, qué tanto se cuidan en una escala del 0 al 10 y los resultados que se obtuvieron fue que un 49% tiene una buena percepción de su autocuidado, un 33% refiere cuidarse regularmente y un 17% indica que se cuida poco, 2 personas no respondieron (1%).

CUADRO 6

ESTATURA Y PESO DE LA MUESTRA (N= 204)

	Media	Mínimo	Máximo	DE
Estatura	1.57	1.30	1.88	0.09
Peso	68.7	40	105	12.31

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

La estatura promedio fue de 1.57 cm. Con un mínimo de 1.30 cm y un máximo de 1.88 y una DE 8.9. Para el peso se obtuvo un mínimo de 40 kg y un máximo de 105 Kilos, con una media de 68.7 y una desviación estándar de 12.31.

Se pudo constatar que más del 60% mide 1.50 cm. y más del 30 % pesa 70 Kgs. Lo que indica que se presenta en esta muestra un grado tipo II de obesidad, con un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30.

CUADRO 7

INGRESO MENSUAL

Características	Media	Mínimo	Máximo	DE
Ingreso Mensual	1.4	0 pesos	1.433 Pesos	2.03

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Más de un 90% afirmó no percibir ingresos mensuales, se observa una media de 1.433 pesos al mes, con un mínimo de 0 pesos y un máximo de 12.000 pesos, cabe destacar que en el registro de esta información puede existir sesgo ya que las personas por lo regular no tenían la intención de informar cuánto perciben al mes de ingresos económicos.

CUADRO 8

CALIFICACIONES POR DOMINIO, SEGÚN EL SEXO, INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES. MÉXICO, 2006 N= 204

Estilo de Vida: Frecuencias y Porcentajes por Sexo (Mujeres n=140, Hombres n=64)				
	Escala de salud	Mujeres fc (%)	Hombres fc (%)	Total (%)
Nutrición	No Saludable	2 (1.4)	0	1
	Regularmente Saludable	46 (32.9)	29 (45.3)	36.8
	Saludable	92 (65.7)	35 (54.7)	62.3
Actividad Física	No Saludable	26 (18.6)	9 (14.1)	17.2
	Regularmente Saludable	83 (59.3)	38 (59.4)	59.3
	Saludable	31 (22.1)	17 (26.6)	23.5
Consumo de Tabaco	No Saludable	9 (6.4)	11 (17.2)	9.8
	Regularmente Saludable	8 (5.7)	13 (20.3)	10.3
	Saludable	123 (87.9)	40 (62.5)	79.9
Consumo de Alcohol	No saludable	2 (1.4)	15 (23.4)	8.3
	Regularmente Saludable	12 (8.6)	11 (17.2)	11.3
	Saludable	126 (90.0)	38 (59.4)	80.4
Información Sobre Diabetes	No Saludable	64 (45.7)	30 (46.9)	46.1
	Regularmente Saludable	55 (39.3)	26 (40.6)	39.7
	Saludable	21 (15)	8 (12.5)	14.2
Emociones Negativas	No Saludable	26 (18.6)	10 (15.6)	17.6
	Regularmente Saludable	74 (52.9)	36 (56.3)	53.9
	Saludable	40 (28.6)	18 (28.1)	28.4
Adherencia Terapéutica	No Saludable	7 (5)	4 (6.3)	5.4
	Regularmente Saludable	74 (52.9)	33 (51.6)	52.5
	Saludable	59 (42.1)	18 (42.2)	42.2

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

El análisis por sexo muestra que las mujeres califican mejor en cuanto a su percepción sobre nutrición, consumo de tabaco, consumo de alcohol, (señalado de color verde) en tanto que los hombres obtuvieron mayor calificación en el dominio actividad física y en el dominio emociones negativas como regularmente saludables (señalados con color amarillo) mientras que en adherencia terapéutica ambos sexos obtuvieron una calificación similar, el

dominio que menor calificación obtuvo en ambos sexos es el de información sobre los cuidados en el tratamiento de la diabetes, como no saludable (señalado con rojo).

CUADRO 9

CALIFICACIONES POR DOMINIO, SEGÚN LA EDAD, INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. MÉXICO, 2006. N= 204

Estilo de Vida				
Dominios		20 a 34 Años (n=7)	35 a 54 Años (n=116)	55 a 69 Años (n=81)
Escala de Salud		Fc (%)	Fc (%)	Fc (%)
Nutrición	No Saludable	0	2 (1.7)	0
	Regularmente Saludable	3 (4.0)	44 (58.7)	28 (37.3)
	Saludable	4 (3.1)	70 (55.1)	53 (41.7)
Actividad Física	No Saludable	1 (2.9)	20 (57.1)	14 (40.0)
	Regularmente Saludable	4 (3.3)	67 (55.4)	50 (41.3)
	Saludable	2 (4.2)	29 (60.4)	17 (35.4)
Consumo de Tabaco	No Saludable	1 (.5)	14 (6.9)	5 (2.5)
	Regularmente Saludable	1 (.5)	11 (5.4)	7 (3.4)
	Saludable	5 (2.5)	91 (44.6)	69 (33.8)
Consumo de Alcohol	No Saludable	2 (11.8)	13 (76.5)	2 (11.8)
	Regularmente Saludable	0	14 (60.9)	9 (39.1)
	Saludable	5 (3.0)	89 (54.3)	70 (42.7)
Información sobre Diabetes	No Saludable	3 (3.2)	56 (59.6)	35 (37.2)
	Regularmente Saludable	2 (2.5)	45 (55.6)	34 (42)
	Saludable	2 (6.9)	15 (51.7)	12 (41.4)
Emociones Negativas	No Saludable	2 (5.6)	20 (55.6)	14 (38.9)
	Regularmente Saludable	4 (3.6)	65 (59.1)	41 (37.3)
	Saludable	1 (1.7)	31 (53.4)	26 (44.8)
Adherencia Terapéutica	No Saludable	0	7 (63.6)	4 (36.4)
	Regularmente Saludable	4 (3.7)	68 (63.6)	35 (32.7)
	Saludable	3 (3.5)	41 (47.7)	42 (48.8)

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D 2006

Se identificó que los pacientes de 35 a 54 años calificaron mejor en actividad física y consumo de tabaco, mientras que en ese mismo rango de edad calificaron en la escala de salud regularmente, los dominios, nutrición, emociones negativas y adherencia terapéutica mientras que en los dominios consumo de alcohol, información sobre diabetes y adherencia terapéutica calificaron como no saludables.

CUADRO 10

CALIFICACIONES POR DOMINIO, SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN, INSTRUMENTO PARA MEDIR EL ESTILO DE VIDA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. MÉXICO, 2006. N= 204

Estilo de Vida	Frecuencias y Porcentajes: fc (%) por Años de Evolución de la Enfermedad a Partir del Diagnóstico.			
	Escala de salud	< 11 (n=143)	11 a 20 (n=49)	> de 20 años (n=12)
Dominios				
Nutrición	No saludable	2 (1%)	0	0
	Regularmente saludable	56 (27.5)	18 (8.8)	1 (.5)
	Saludable	85 (41.7)	31 (15.2)	11 (5.4)
Actividad Física	No saludable	24 (11.8)	10 (4.9)	1 (.5)
	Regularmente saludable	85 (41.7)	29 (14.2)	7 (3.4)
	Saludable	34 (16.7)	10 (4.9)	4 (2.0)
Consumo de Tabaco	No saludable	9 (4.4)	5 (2.5)	6 (2.9)
	Regularmente saludable	11 (5.4)	5 (2.5)	3 (1.5)
	Saludable	78 (38.2)	58 (28.4)	29 (14.2)
Consumo de Alcohol	No saludable	13 (6.4)	4 (2.0)	0
	Regularmente saludable	17 (8.3)	4 (2.0)	2 (1.0)
	Saludable	113 (55.4)	41 (20.1)	10 (4.9)
Información Sobre Diabetes	No saludable	68 (33.3)	21 (10.3)	5 (2.5)
	Regularmente saludable	55 (27.0)	20 (9.8)	6 (2.9)
	Saludable	20 (9.8)	8 (3.9)	1 (.5)
Emociones Negativas	No saludable	24 (11.8)	11 (5.4)	1 (.5)
	Regularmente saludable	79 (38.7)	24 (11.8)	7 (3.4)
	Saludable	40 (19.6)	14 (6.9)	4 (2.0)
Adherencia Terapéutica	No saludable	7 (3.4)	4 (2.0)	0
	Regularmente saludable	78 (38.2)	23 (11.3)	6 (2.9)
	Saludable	58 (28.4)	22 (10.8)	6 (2.9)

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

Al dividir la muestra en tres grupos, según el tiempo de evolución, se observaron mejores calificaciones en aquellas personas que tienen menos de 11 años de evolución en los dominios nutrición, consumo de tabaco y consumo de alcohol, en el dominio actividad física, emociones negativas y adherencia terapéutica se obtuvo una escala de salud regular, en el dominio sobre información en diabetes en este mismo rango de edad se obtuvo la menor calificación.

Objetivo:

- Identificar el perfil de estilos de vida en cada una de sus dimensiones de acuerdo al sexo en personas que padecen diabetes mellitus tipo 2.

Se usó como **Prueba estadística la t de Student**

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto al plan alimentario entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto al plan alimentario entre hombres y mujeres.

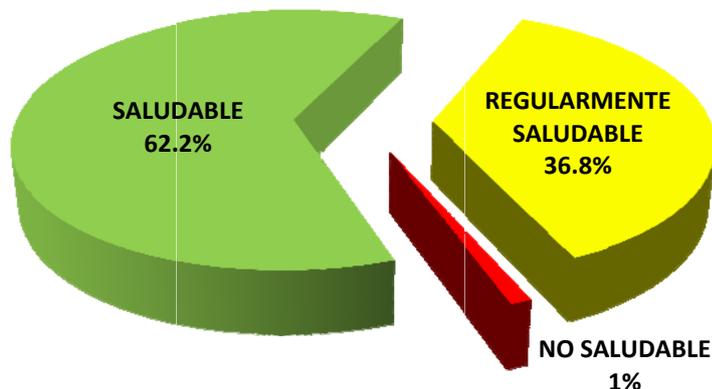
CUADRO 11**PLAN ALIMENTARIO**

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Plan Alimentario	1387	0.167	202	-4904	28154

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En lo que respecta a los estilos de vida en cuanto al plan alimentario, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = 1.387$, $gl = 202$, $p = .167$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la H_0).

GRÁFICA 1
DIMENSIÓN NUTRICIÓN



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En esta gráfica se observa que las personas alcanzan un estilo de vida saludable en un 62.2%

CUADRO 12
ACTIVIDAD FÍSICA

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Actividad Física	0.621	0.535	202	-1.26	0.66

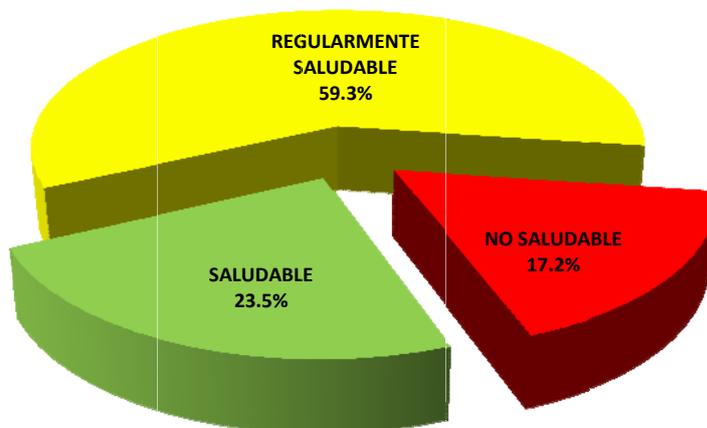
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a actividad física entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a actividad física entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para la actividad física, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = -0.621$ gl 202, $p = .535$ que es mayor a .05 por lo que se acepta la Ho).

GRÁFICA 2
DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Los resultados obtenidos indican que las personas no son tan saludables en cuanto a actividad física se refiere.

CUADRO 13

CONSUMO DE TABACO

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Consumo de Tabaco	3.753	0.000	202	0.59	1.88

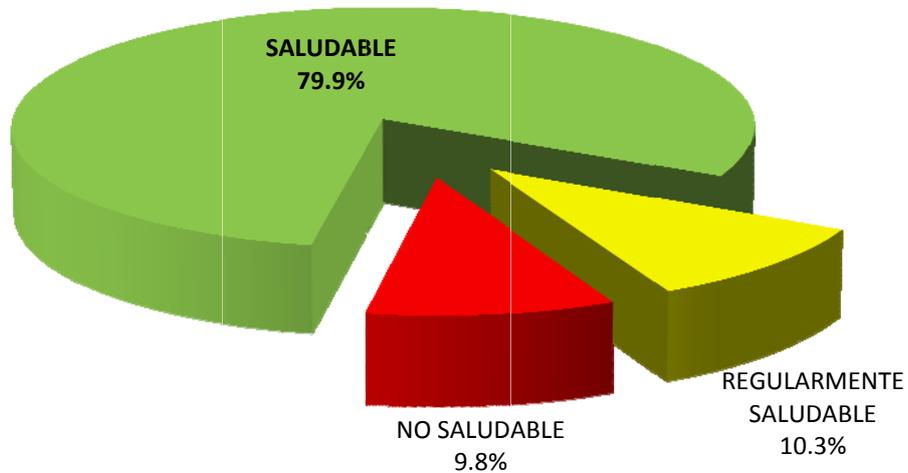
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a consumo de tabaco entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para el consumo de tabaco, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = 3.753$, $gl = 202$, $p = .000$ que es menor a $.05$ por lo que se rechaza la Ho).

**GRÁFICA 3
CONSUMO DE TABACO**



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En general las personas son más saludables en cuanto al no consumo de tabaco.

**CUADRO 14
CONSUMO DE ALCOHOL**

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Consumo de Alcohol	6.152	0.000	202	1.22	2.36

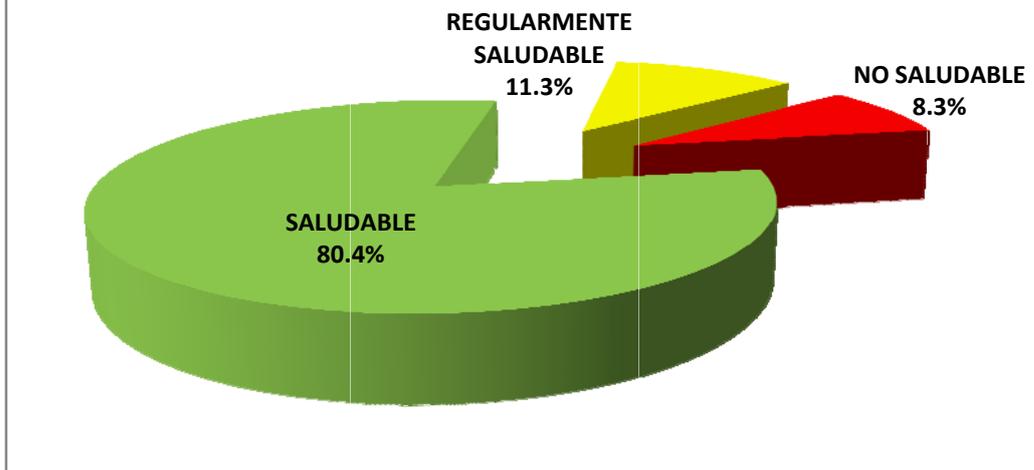
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para el consumo de alcohol, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = 6.152$, $gl\ 202$, $p = .000$ que es menor a $.05$ por lo que se rechaza la H_0).

GRÁFICA 4 CONSUMO DE ALCOHOL



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Las personas son más saludables en cuanto al no consumo de alcohol con un 80.4%.

CUADRO 15 INFORMACIÓN SOBRE DIABETES

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Información Sobre Diabetes	0.743	0.632	202	-0.48	1.06

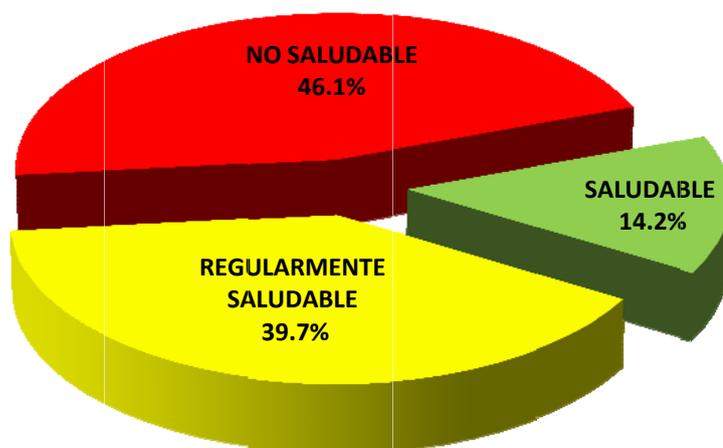
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a información sobre la diabetes entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a información sobre la diabetes entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para información sobre la diabetes, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = .743$, gl 202, $p = .458$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la Ho).

GRÁFICA 5
INFORMACION SOBRE DIABETES



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En cuanto a información sobre el tratamiento de la diabetes los resultados indican que las personas no se encuentran informadas en un 46.1%.

CUADRO 16

EMOCIONES NEGATIVAS

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Emociones Negativas	-0.423	0.673	202	-1.25	0.81

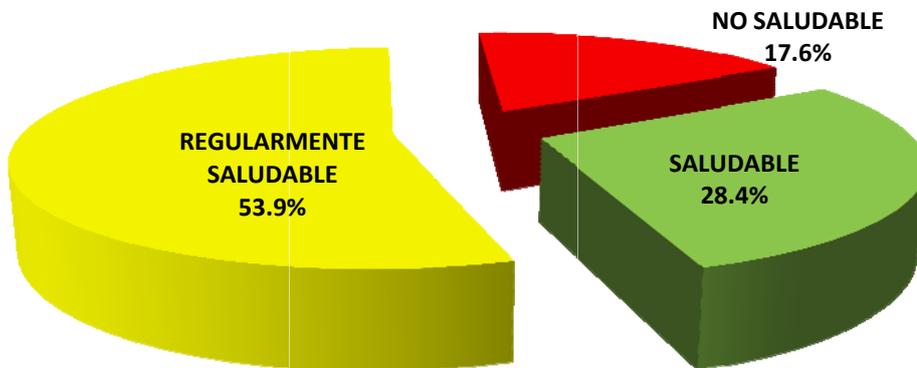
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a emociones (enojo, tristeza y pensamientos pesimistas) entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a emociones entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para emociones, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = -.423$, $gl\ 202$, $p = .673$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la Ho).

GRÁFICA 6
DIMENSIÓN EMOCIONES NEGATIVAS



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En la dimensión de emociones la escala saludable alcanza un valor muy bajo con un 28.4%.

CUADRO 17

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Adherencia Terapéutica	-0.439	0.661	172	-1.35	0.86

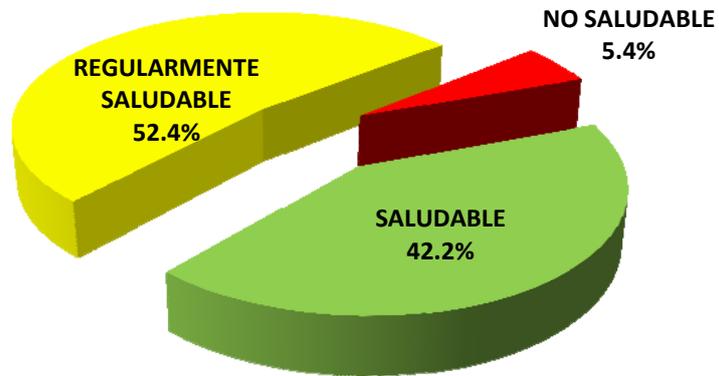
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a adherencia al tratamiento entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en los estilos de vida en cuanto a adherencia entre hombres y mujeres.

En cuanto a los estilos de vida para adherencia, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = -.439$, $gl\ 172$, $p = .661$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la Ho).

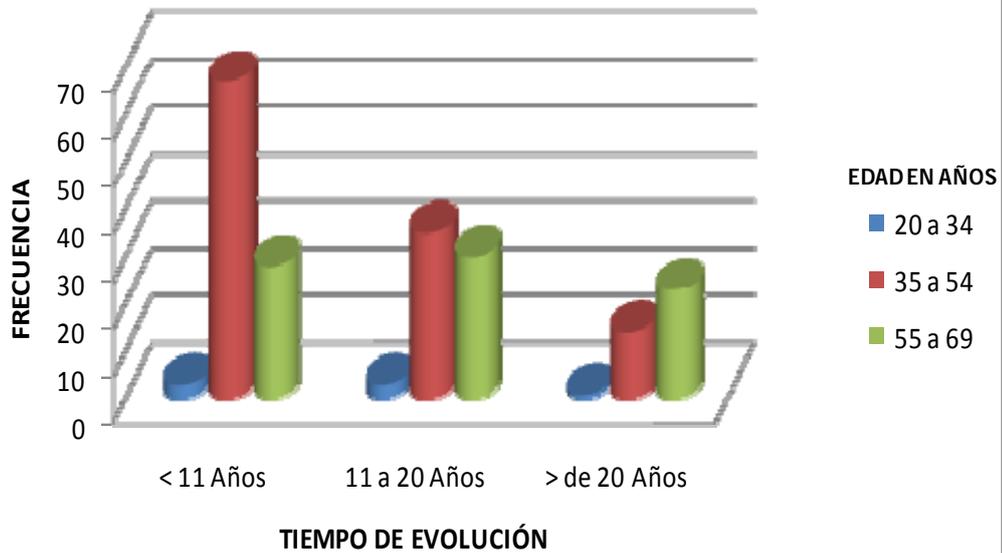
GRÁFICA 7 ADHERENCIA TERAPEUTA



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

En adherencia al tratamiento terapéutico las personas entrevistadas son regularmente saludables.

GRÁFICA 8
EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR EDAD



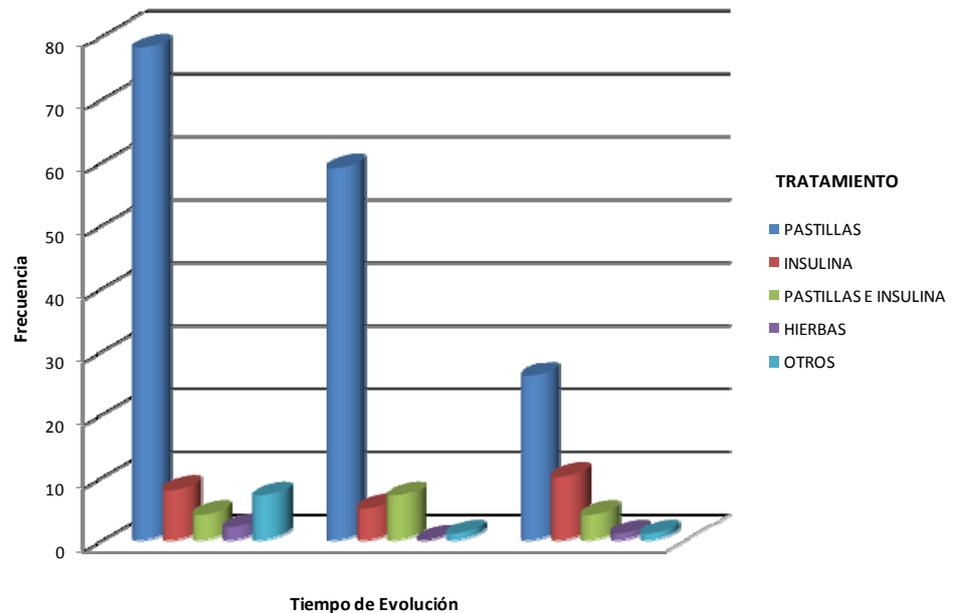
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006.

En este apartado se muestra mediante una gráfica, el tiempo de evolución en que fue diagnosticada la enfermedad y en qué edad es donde se presenta más, de acuerdo al tiempo de evolución.

Los resultados muestran que las personas que se encuentran entre 35 a 54 años de edad tienen menos de 11 años en que se les diagnosticó la diabetes, con una fc de 67 (32.8%), mientras que para el rango de 55 a 69 años son los que presentan más de 20 años en que se les diagnosticó la diabetes con una fc de 23 (11.3%).

GRÁFICA 9

TIPO DE TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. 2006

En esta gráfica, se muestra el tipo de tratamiento que llevan las personas de acuerdo al tiempo de evolución en que se les diagnosticó la enfermedad. Los resultados en relación al tipo de tratamiento muestran que se utiliza en mayor escala los hipoglucemiantes orales en cada uno de los tres rangos pero con mayor predominio en el rango de menos de 11 años del diagnóstico.

CUADRO 18

BARRERAS PARA EL APEGO AL MEDICAMENTO

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Barreras Para el Apego Medicamento	-0.261	0.794	202	-1.77	2.31

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción en cuanto al apego al tratamiento, entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción en cuanto al apego al tratamiento entre hombres y mujeres.

En cuanto a las barreras percibidas a la acción para al apego al medicamento, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = .261$, $gl\ 202$, $p = .794$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la Ho).



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Dado que el instrumento utilizado para esta dimensión consta de 65 ítems, para su análisis se dividió en dos rangos uno que indica menos barreras y otro que indica más barreras para el apego al medicamento.

Los resultados que se obtuvieron fueron que no existen barreras con un 96.6% (fc. 197). Una media de 16.28 un mínimo de 0 y un máximo de 44

CUADRO 19

BARRERAS PARA EL APEGO AL EJERCICIO

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Barreras Para el Apego al Ejercicio	2.158	0.032	202	0.38	8.33

Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

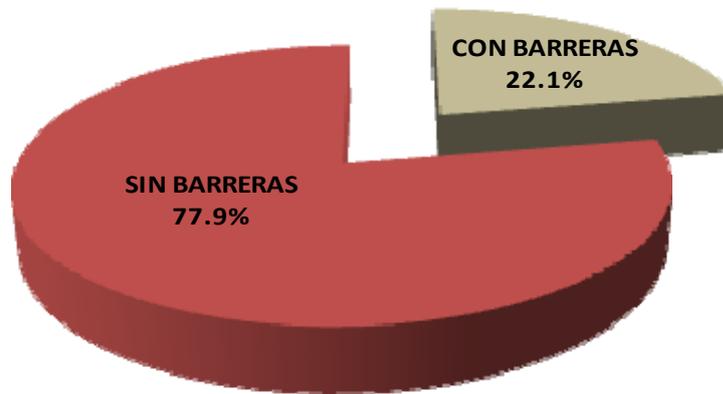
Ho= No hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción en cuanto al apego al ejercicio entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción en cuanto el apego al ejercicio entre hombres y mujeres.

En cuanto a las barreras percibidas a la acción de apego al ejercicio, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = 2.158$, $gl\ 202$, $p = .032$ que es menor a $.05$ por lo que se rechaza la Ho).

Quien presenta más barreras son las mujeres con un 17.6% mientras que los hombres presentan barreras en un 4.4%. La media total fue de 29.63, con un mínimo de 0 y un máximo de 72.

GRÁFICA 11
BARRERAS PARA EL APEGO AL EJERCICIO FÍSICO



Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Para el ejercicio 77,9% (fc. 159) de la muestra refiere no tener barreras y un 22.1% (fc. 45) refiere que si tiene barreras para apegarse a un plan de ejercicio físico.

CUADRO 20
BARRERAS PARA EL APEGO UN PLAN ALIMENTARIO

	Prueba para Igualdad de Medias				
	t	p	gl	Intervalo	
				Inferior	Superior
Barreras Para el Apego a un Plan Alimentario	1.847	0.066	202	-0.29	8.84

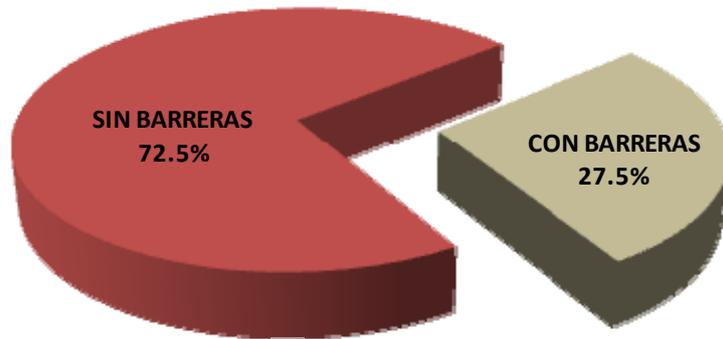
Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Ho= No hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción para seguir un plan alimenticio saludable entre hombres y mujeres.

Ha= Hay diferencia en la presencia de barreras percibidas a la acción para seguir un plan alimentario saludable entre hombres y mujeres.

En cuanto a las barreras percibidas a la acción al apego de un plan alimentario, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ($t = 1.847$ gl 202, $p = .066$ que es mayor a $.05$ por lo que se acepta la Ho). Las mujeres son las que más barreras presentan con un 20.1% mientras que los hombres presentan un 7.4% de barreras.

GRÁFICA 12
BARRERAS PARA EL APEGO A UN PLAN ALIMENTARIO

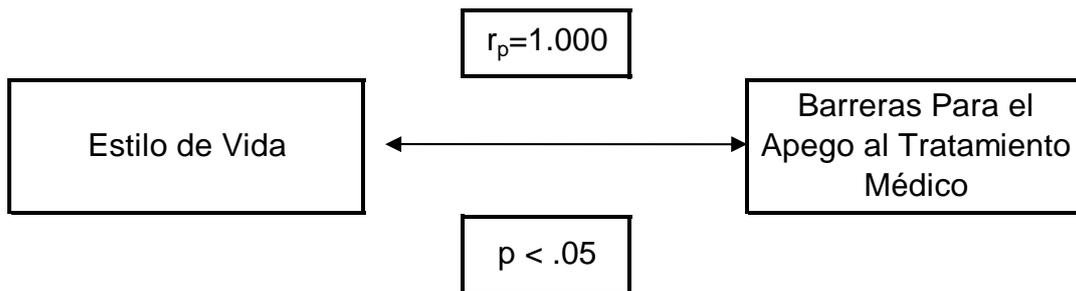


Fuente: pacientes que acudieron a consulta externa del HGM. O.D. 2006.

Un 72.5% (fc. 148) no presenta barreras para apegarse a un plan alimentario mientras que un 27.5% (fc.56) si presenta barreras. La media fue de 35.65 con un mínimo de 9 y un máximo de 84.

El total de la media para el instrumento fue de 82 puntos lo que indica que las personas refieren no tener barreras para apegarse a un estilo de vida saludable.

CORRELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA Y BARRERAS PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO CON LA PRUEBA DE PEARSON.



Ho: No hay relación entre el estilo de vida y la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento.

Ha: Existe relación entre el estilo de vida y la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento.

Existe relación positiva lineal perfecta entre una variable y otra ($r_p = 1.000$). Con significancia estadística de .000 que es menor a .05, por lo que podemos deducir que si existe una fuerte relación entre el estilo de vida y la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento.

DISCUSIÓN

Una de las principales preocupaciones del profesional de enfermería, es impartir educación para la salud a la población en la que se detectan diversos factores de riesgo y que afectan directa o indirectamente la salud de las personas, es por eso, que esta investigación se enfocó a identificar los patrones de conducta que eligen las personas de acuerdo a sus circunstancias y relaciones con el medio ambiente.

Dentro de la población muestra con 204 personas se pudo constatar que el mayor porcentaje que asiste a consulta en Medicina Interna, son mujeres con un total de 68.6%, dato que se relaciona con el estudio de López y Ariza, ellos encontraron un porcentaje del 59.2% para las mujeres que acuden a consulta, por otra parte Martínez, P. también coincide que las mujeres con diabetes son las que asisten con mayor frecuencia a la consulta médica.

Se encontró en esta muestra un grado II de obesidad, datos que concuerdan con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), al reportar que alrededor del 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5 %, hombres, 24.2%) tiene obesidad. Este incremento porcentual debe tomarse en consideración sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas.ⁱⁱ

En lo que respecta a la edad, la media fue de 51 años con un mínimo de 32 años y un máximo de 69 años, en donde el mayor porcentaje se encuentra en el rango de 35 a 54 años de edad con un 56.8%. López y Ariza, reportó un 53.0% para la edad entre 40 a 59 años y Martínez, P. obtuvo en la caracterización de la muestra de los participantes una media de 63.71% años.

El 70% tiene menos de 11 años que le diagnosticaron la enfermedad. Con una media de 8 años, un mínimo de 1 año y un máximo de 30 años de padecer la diabetes. Martínez, P; encontró que la media en el tiempo de diagnóstico fue de 11.44%. López y Ariza reportan que un 52.7% tiene menos de 5 años de padecer diabetes.

El tratamiento que más se sigue es el de hipoglucemiantes orales con un 75.5%, dato que concuerda con Martínez, P; la cual obtuvo un 74.10%, en cuanto a López y Ariza también obtuvieron predominio en el tratamiento con los hipoglucemiantes orales con un 73.7%.

El estado civil de las personas entrevistadas que mayor presencia existe es el de casados con un 55.4%, datos que concuerdan con los reportados por la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000), al referir que más de la mitad de la población adulta en México contestó estar casada, cerca de 20% soltera, y 15% vivió en unión libre. López y Ariza obtuvo un 71% para personas casadas
iii

La actividad que se presenta con mayor frecuencia son las labores del hogar con un 50%.

Para los años de estudio de acuerdo a los datos recabados existe una media de 7 años de estudio concluidos, con un mínimo de 0 años y un máximo de 26 años de los cuales el 59.3% estudio menos de 6 años, cabe resaltar que 105 personas de la muestra tiene 0 años de estudio.

Este estudio concuerda con el realizado por López y Ariza al referir que un 63% de los participantes se dedica a labores del hogar y el 70.7% refiere escolaridad de hasta 6 años de estudio.

En comparación con la ENSA, el mayor porcentaje (41.3%) estudió la primaria. La relación que guardan la presencia de diabetes mellitus y el nivel de escolaridad es inversamente proporcional, es decir, se presenta con mayor

frecuencia en los grupos con menor escolaridad, según dato reportado por la ENSA.

En cuanto al ingreso monetario mensual más del 90% afirmó no percibir ingresos mensuales, se observó una media de 1.433 pesos al mes, cabe destacar que para el registro de esta información puede existir sesgo ya que las personas por lo regular no tenían la intención de informar cuanto perciben al mes de ingresos económicos. En base a los datos obtenidos se deduce que los gastos en salud de estos pacientes son altos, al pertenecer a un servicio de salud abierto, ser en su mayoría amas de casa, y debido a que tienen que comprar su medicamento, pagar su consulta, transporte y comida.

Se les preguntó a las 204 personas la percepción que tienen de su cuidado para la salud, en una escala del 0 al 10 y los resultados que se obtuvieron fue que un 49% tiene una buena percepción de su autocuidado, un 33% refiere cuidarse regularmente y un 17% indica que se cuida poco, 3 personas no respondieron.

En lo que respecta a los estilos de vida en la dimensión nutrición, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres, las mujeres calificaron saludables en un 65.7% y los hombres en un 54.7%, las personas de 35 a 54 años de edad calificaron regularmente saludable con un 58.7%, resultado no muy satisfactorio. Las personas que presentaron menos de 11 años de evolución del diagnóstico calificaron con un 41.7%, que es menos de la mitad por lo que se considera regularmente saludable. López y Ariza reportan una media de 24 para la dimensión de nutrición mientras que en éste estudio se obtuvo una media de 27.73.

En cuanto a los estilos de vida para la actividad física, no se encontraron diferencias entre hombres (59.4%) y mujeres (59.3%), los datos muestran que son regularmente saludables. La media que se obtuvo fue de 6.65, López y Ariza reportan una media de 6. Dato que no concuerda con el IMC, detectado en esta muestra, ya que la falta de actividad física contribuye al aumento de peso.

Para los estilos de vida en el consumo de tabaco, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Con una media de 6.94, López y Ariza obtuvieron una media de 8. El análisis por sexo, edad y el tiempo de evolución del diagnóstico de la patología muestra que las mujeres son saludables (87.9%) al no consumir tabaco, las personas de entre 35 a 54 años califican con (44.6%) regularmente saludable, y para el tiempo de evolución del diagnóstico de la enfermedad en aquellas personas que tienen menos de 11 años de evolución un 38.2% dato no saludable. De acuerdo con el Instituto Nacional de estadística, geografía e informática (INEGI, 2006), Las mujeres de entre 18 y 65 años son menos consumidoras de tabaco que los varones; 71% son no fumadoras; lo que indica que enfrentan menos riesgo de adicción a esta sustancia, en comparación con los hombres. La OMS; menciona que el uso mundial del tabaco ha alcanzado la proporción de una epidemia global con pocos signos de ser abatida. El tabaquismo es una enfermedad, que en esta sociedad consumista se convierte en un estilo de vida no saludable, relacionada con problemas de salud y causas de muerte en el mundo y que puede ser prevenible, mediante modificaciones en los hábitos de salud.^{iv}

En los estilos de vida en el consumo de alcohol, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres son quien menos consumen alcohol con un 90%, mientras que por edad se consume más dentro del rango de 35 a 54 años de edad con un 76.5%, para el tiempo de evolución del diagnóstico, son saludables las personas que tienen menos de 11 años a partir del diagnóstico médico con un 55.4%. La media que se obtuvo fue de 7.01, López y Ariza reportan una media de 8.

ENSANUT 2006, reporta que el consumo de alcohol entre los hombres resulta mayor en casi tres veces más al consumo por parte de las mujeres.

En los estilos de vida para información sobre la diabetes, no se encontraron diferencias entre hombres (46.9%) y mujeres (45.7%), los resultados muestran una calificación no saludable tanto para sexo como para los rangos de edad entre 35 a 54 años y el tiempo de evolución de menos de 11 años de diagnóstico con un 33.3% de estilo de vida no saludable. La media obtenida fue de 3.48 En el estudio de López y Ariza obtuvieron una media de 4.

En los estilos de vida en emociones negativas calificaron regularmente saludable, los hombres con un 56.3%, las mujeres con un 52.9%, las personas de entre 35 a 54 años de edad (59.1%) y con una evolución de menos de 11 años (38.7%). La media fue de 6.6 en el estudio de López la media fue de 6.

En los estilos de vida para adherencia terapéutica, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ambos sexos obtuvieron una calificación similar 52.9 % en mujeres y en hombres 51.6%, los pacientes de 35 a 54 años tuvieron una escala de adherencia no saludable y regularmente saludable con 63.6% En cuanto al tiempo de evolución del diagnóstico los que presentaron menos de 11 años se adhieren regularmente con un 38.2%. Lo que indica una adherencia no saludable.

La media fue de 10.41; López y Ariza reportan una media de 14.

De acuerdo con el estudio realizado por Durán y Varela (2001), los resultados obtenidos indicaron que el apego fue bajo; el cual correspondió a 54.2%. Los factores asociados que ellos encontraron al no apego fueron la escolaridad primaria completa o menor y la falta de información sobre la enfermedad. Indicaron que los factores relacionados con la falta de apego son modificables.

v

Los resultados para el tiempo de padecer la enfermedad a partir del diagnóstico por edad en años; muestran que las personas que se encuentran entre 35 a 54 años de edad tienen menos de 11 años que se les diagnosticó la diabetes, con una fc de 67 (32.8%), mientras que para el rango de 55 a 69 años son los que presentan más de 20 años en que se les diagnosticó la diabetes con una fc de 23 (11.3%). Lo que significa que es una población relativamente joven a la que se le diagnostica DMT2.

Este estudio en general obtuvo una media de 68.82, en comparación con el de López y Ariza quienes obtuvieron una media de 68, dato muy similar.

En cuanto a las barreras percibidas a la acción para el apego al medicamento, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. La media muestral fue de 16.28, lo que indica que no existen barreras para esta acción.

En las barreras percibidas a la acción, al apego al ejercicio, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. La media fue de 29.63; lo que se traduce en la presencia de menos barreras.

En las barreras percibidas a la acción al apego a un plan alimentario, no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres. La media fue de 35.65 que denota la presencia de más barreras para esta acción.

Para la interpretación de la presencia de barreras se utilizó la siguiente lógica: A mayor calificación más barreras existen, de un total de 235 puntos posibles se obtuvo una media de 81.56; lo que muestra que no existen barreras para el apego al tratamiento médico en esta población.

En comparación con el estudio realizado por Martínez Aguilar para Barreras ambientales en el apego al tratamiento se encontró que el 22.3% se apegó al tratamiento, siendo los hombres quienes más se apegan (48.13%). La mayor cantidad de barreras ambientales percibidas fueron para la conducta de cuidado de dietas y en menor cantidad para el apego al medicamento.

Existe una relación positiva lineal perfecta entre una variable y otra ($r_p = 1.000$). El nivel de significancia de .000 menor a .05; indica que existe relación entre el estilo de vida y la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento, las barreras percibidas a la acción que presenten los pacientes afectará de alguna manera el estilo de vida que tengan.

ⁱ Mendoza, V. Romo, R. Sánchez M. Investigación. Introducción a la metodología. UNAM, FESZ: México; 2004.

Existe una relación positiva lineal perfecta entre una variable y otra ($r_p = 1.000$). El nivel de significancia de .000 menor a .05; indica que existe relación entre el estilo de vida y la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento, las barreras percibidas a la acción que presenten los pacientes afectará de alguna manera el estilo de vida que tengan.

Limitaciones de la Investigación:

Una fuente de sesgo es que solamente se aplicaron los cuestionarios a las personas que acudieron a consulta externa de los consultorios 23 y 24 del Hospital General de México. O.D. Se considera como limitante por qué las personas llevan un control de la diabetes por parte del médico, siendo necesario indagar el comportamiento de quien no lleve seguimiento de la patología en su hogar. De igual manera, no se identifica el estilo de vida en la cotidianidad de las personas, por lo que se sugiere otra investigación de forma cualitativa.

ⁱⁱ Olaiz, G. Rivera, J. Shamah, T. Rojas, R. Villalpando, S. Hernández, M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

ⁱⁱⁱ Encuesta Nacional de Salud. ENSA, 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. México; 2003 : Tomo II

^{iv} Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México; 2006. Disponible en: www.inegi.gob.mx.

^v Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2001; 43: 233-236. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

CONCLUSIONES

De acuerdo al propósito del estudio, el perfil de los estilos de vida de las personas con DMT2, se clasificó en saludable, regularmente saludable y no saludable, conforme a esta escala, los resultados demuestran que las personas entrevistadas perciben tener estilos de vida saludables en los dominios de consumo de tabaco, consumo de alcohol, y nutrición, con predominio en las mujeres.

Los dominios que calificaron regularmente saludables fueron actividad física, emociones negativas y adherencia terapéutica, mientras que el dominio de información sobre diabetes calificó como no saludable.

Por rangos de edad existen más factores de riesgo en las personas que tienen de 35 a 54 años de edad, principalmente en los dominios de consumo de alcohol, información sobre diabetes y adherencia terapéutica.

Para el tiempo de padecer la enfermedad, la mayor parte de las personas tiene menos de 11 años de padecerla, con calificación no saludable en el dominio de información sobre la diabetes, regularmente saludable en actividad física, emociones negativas y adherencia terapéutica.

En general se considera que los estilos de vida de las personas entrevistadas son regularmente saludables, cabe destacar que el dominio en el que se requiere una mayor intervención por parte del personal de enfermería es el de información sobre diabetes, al calificar como no saludable en los resultados. Punto esencial para que las personas con DMT2 adquieran estilos de vida más saludables.

La enfermera como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo y por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol docente proporcionándole al paciente la información

referida a las actividades de prevención así como los autocuidados que deben observarse una vez que ya se padece. La Participación de la Enfermera en la promoción de estilos de vida saludables va dirigida a evitar complicaciones, ya que permite proporcionar al paciente, la información necesaria para contribuir con la toma de conciencia sobre la necesidad de disminuir la práctica de hábitos nocivos de salud, relacionados con la ingesta de alimentos con alto contenido de grasa, condimentos y sal, así como el fortalecimiento de prácticas de vida favorables como son la realización de ejercicios, el consumo de alimentos con alto contenido de fibra, el manejo adecuado del estrés y el descanso adecuado. También debe ofrecer orientación al paciente hospitalizado que egresa del hospital, insistir sobre la importancia de cumplir con las indicaciones dadas por el médico y la modificación de su estilo de vida. Mientras más cambian las personas su estilo de vida, más se protegen contra el riesgo de diversas enfermedades.¹

Otro de los objetivos del estudio fue, Identificar la presencia de barreras percibidas en el apego al tratamiento en las personas con DMT2, el dominio que presenta más barreras es para seguir un plan alimentario, pero sin ser un dato significativo. Los resultados obtenidos indican que no existen barreras para apegarse al tratamiento, dato que no coincide con los resultados en cuanto a estilos de vida se refiere. Al no percibir barreras para apegarse al tratamiento se esperaba que los estilos de vida fueran saludables en por lo menos más de cinco de los siete dominios que se calificaron. Como barreras para apegarse al tratamiento en este estudio se encontraron la pobreza, la baja escolaridad y la escasa información sobre el tratamiento.

Finalmente y de acuerdo a este último razonamiento, sí se identificó relación entre el estilo de vida y las barreras percibidas que impiden el apego al tratamiento. Las barreras percibidas a la acción que presenten los pacientes afectarán de alguna manera los estilos de vida que tengan.

Con base en los resultados obtenidos se hace necesario insistir en la promoción a la salud, en cualquier de los tres niveles de atención en el que se encuentren los pacientes.

La promoción para la salud es un concepto con mucha relevancia en nuestra población mismo que se ha relacionado y confrontado históricamente con los paradigmas predominantes; en un paradigma que enfoca la salud como ausencia de enfermedad o la salud y la enfermedad como dos contrarios asimilados con el nacimiento y la muerte, que intenta reducir la trascendencia vital del ser humano en estos extremos, es difícil llegar a pensar en la potencialidad individual y grupal para lograr cambios internos y externos y por lo tanto, solo se tiende a resolver la problemática de la salud y de la vida en una serie de servicios de salud que dirigen su mirada esencialmente a la enfermedad.ⁱⁱ

Es por esto que en la actualidad debe existir una mayor disposición por implementar programas y actividades de promoción, pero que no estén limitadas únicamente a la prevención de la enfermedad, debe ir más allá y comprometerse a ver a la persona como un todo holísticamente en todas sus dimensiones tanto psicológica, espiritual, corporal, social, cultural, etc.

La educación para la salud, requiere la adquisición de un conjunto integrado de conocimientos unido a un proceso encaminado a la comprensión o resolución de un problema, debe ayudar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.ⁱⁱⁱ

A la persona es a la que se va a educar, pero debe extenderse a la familia y también a la comunidad, llevando el mensaje al mayor número posible de personas pues todos juegan un rol social, para que asuman una tarea y una responsabilidad.

Por medio de las relaciones humanas se deben difundir costumbres que propicien la salud y aprendan a convivir con personas que deben llevar estilos de vida diferentes, en sí, el padecer diabetes mellitus se convierte ya, en un estilo de vida, haciendo énfasis, más que en curar, en cuidar la salud.

Logrando de esta manera:

- Prolongar la vida.
- Disminuir, morbilidad y sufrimiento de los pacientes.
- Reducir el efecto económico de la enfermedad.

- Reducir la incapacidad, física o psíquica.
- Facilitar la adaptación del hombre a su entorno natural/social.⁴⁵

De acuerdo con la información científica disponible, las epidemias por enfermedades no transmisibles son esencialmente prevenibles, en particular con cambios en el estilo de vida.^{iv}

Por otra parte, el modelo teórico utilizado en este trabajo permitió enfocar las variables para la realización de la investigación.

Se recomendaría para un próximo estudio la realización de una investigación bajo un enfoque cualitativo, que logre captar los estilos de vida de las personas en sus hogares de una forma más personalizada, detectando las barreras que impidan a las personas apegarse al tratamiento y de esta manera formular diagnósticos de enfermería más certeros y eficaces, para una próxima intervención para el cuidado a la salud.

Posteriormente elaborar con esos datos un cuestionario más sencillo sobre barreras para el apego al tratamiento de tal forma que se capte la mayor información posible para una interpretación global de la situación en la que se encuentran inmersas las personas que padecen DMT2.

Los cambios de estilos de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México, la mayor esperanza de vida es factor importante en dicha modificación. Ante tal panorama, los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar estrategias nuevas ante los problemas de salud actuales, no sólo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos diabéticos, sino para modificar las tendencias de estos padecimientos que pueden prevenirse.

ⁱTataranni, P. Bogardus C. Changing habits to delay diabetes. N Engl J Med 2001; 344(18):1343-1350. disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500013&lng=es&nrm=iso.

ⁱⁱ Andrea L. Bess H. Marcus, James B. Kampert, Melissa E. Comparación de estilo de vida e intervenciones estructuradas para aumentar la actividad física y adecuación cardiorrespiratoria. Disponible en: www.virtual.unal.edu.com. Universidad Nacional de Colombia.

ⁱⁱⁱ López, F. Epidemiología enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. México: Manual Moderno; 2003.

^{iv} Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344:1343-1350.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ ENEC 93. Aguila C. Salinas. J. Lipid Res. 2001; (42): 298-307
- ENSA 2000 Velázquez. Monroy, O. Arch. Cardiol. Méx. 2003; (73): 62-67.
- ¹ Propuesta de la sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología para la reducción de la incidencia de la DMT2 en México. Endocrinología y Nutrición. Méx. 2005; 13 (1): p. 47-50.
- ¹ Zimmet P. Diabetes. Voice 2003; 48:12-16.
- ¹ Modificación a la norma oficial Mexicana. NOM-015.SSA2-1994, para a prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2. disponible en: www.salud.gob.mx.
- ¹ Garcia, M. Nutrición Hoy, 2005; 1, (1): Enero-marzo. Disponible en: www.fondonestlenutricion.org.mx.
- ¹ Facundo, L. Lara, M. Rangel, G. Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus tipo 2. Rev Enfermería IMSS 2004; 12(2): 79-82. disponible en: www.imss.gob.mx
- ¹ Gallegos, E. Bañulos, Y. Conductas protectoras de salud en adultos con Diabetes mellitus tipo II. Disponible en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/Sept2004/Investigacion/Conductas%20protectoras%20de%20salud.htm>.
- ¹ Gallegos, E. Cárdenas, V. Sales, M. Investigación y educación en enfermería. Medellín, 1999; XVII (2): 23-33.
- ¹ Otero, L. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003; 11 (6). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11.
- ¹ Méndez, E. Estilos de vida. Estudios Sociológicos. 1998; XVI: 46-50.
- ¹ Arroyo, P. Nutrición hoy. 2005; 1 (3) julio-septiembre.
- ¹ Magaña Lozano, P. Barreras percibidas ante una alimentación balanceada en adultos con riesgo a desarrollar hipertensión arterial. (Tesis de maestría en ciencias de enfermería). Monterrey: 2006.
- ¹ Martínez, P. Barreras ambientales para el apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (Tesis de maestría en ciencias de enfermería). Monterrey: 2005.
- ¹ López-Carmona, J. Ariza-Andraca, C. Rodríguez-Moctezuma R. Murguía-Miranda, C. Salud pub. Méx. 2003; 45 (4): 259-67. disponible en www.insp.mx/salud/index.html.
- ¹ Pender, N. Empowerment for self-care. Health promotion in nursing practice, 3^{era} ed. Appleton & Lange, Stanford, Coneticut, 1996; p. 97-112

- ¹ Pender, N. Toward a definition of health. Health promotion in nursing practice, 3^{era} ed Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, 1996; p.33-50
- ¹ Amigo, I. Fernández, C. Pérez, M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide; 1998. p. 242-273.
- ¹ Montil, M. Barriopedro, M. Oliván, J. Barreras para la práctica de actividad física en población infantil: un estudio sobre una muestra de la comunidad Autónoma de Madrid. Revista digital – 2006; 10 (83). Disponible en: www.efdeportes.com/efd83/madrid.htm
- ¹ Tiempo el portal de la psicogerontología. <http://psiconet.com.mx/tiempo>.
- ¹ Wikipedia, enciclopedia libre. http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida.
- ¹ La Torre, J. Ciencias psicosociales aplicadas II. España: Síntesis; 1995.
- ¹ Tapia, R. Velásquez, O. Lara, La Guía técnica para capacitar al paciente con diabetes. México: Secretaría de salud; 2001.
- ¹ Laguna, J. Puente, F. Adherencia terapéutica, implicaciones para México. México: 1984.
- ¹ Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sánchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Publica Mex 1996; 38: 438-447. disponible en: www.in.sp.mx/salud/35/352-6shtml.
- ¹ Del Rey J, Calvo, J. Como cuidar la salud, su educación y promoción. España: Harcourt Brace; 1998. p. 287-349.
- ¹ Maynes R, Sackett D. UIT therapeutic Regimens. Johns Hopkins University Press: 1976; 93-279
- ¹ Pinkerton S, Hughes H, Wenrich W: Treatment interventions. En: Behavioural Medicine Clinical Applications. Pub. John Wiley and Sons: 1982; p 4-6.
- ¹ Thorensen C, Mahoney M. Personal Freedom. En: Behavioral Self-Control. Pub. Holt, Rinehart and Winston, Inc: 1974; p.142-144.
- ¹ Braybrooke D, Lindbrom C. A Strategy of Decisión. Free Press. Nueva York: Cap. 9, 1963; 268.
- ¹ Kirscht JP, Rosenstock IM. Patient adherence to antihypertensive medical regimens. Journal of Community Health: 1977; p.115-124.
- ¹ Kasl SV: Issues in patient adherence to health care regimens. Journal of Human Stress: 1975; p. 5-17.
- ¹ www.neumosurenfermeria.org/AAA/....../textos/adherencia_al_tratamiento.htm
- ¹ Mendoza, V. Romo, R. Sánchez M. Investigación. Introducción a la metodología. UNAM, FESZ: México; 2004.
- ¹ Cuestionario de Irving, A.A; Saunders, T.J; Blank, B.M & Carter, R. W Validation of Scale measuring environmental barriers to diabetes regimen adherence. Diabetes care. 1990; 13(7); 705-711.
- ¹ Burns, N. Investigación en enfermería. 3^{era} ed. España: Elsevier; 2004

¹ Polit,D. Hungler,B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6^{ta} ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 1999. p.129-149.

¹ Salud pública. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Méx. 2003; 4: (3).

¹ Olaiz, G. Rivera, J. Shamah, T. Rojas, R. Villalpando, S. Hernández, M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

¹ Encuesta Nacional de Salud. ENSA, 2000. Instituto Nacional de Salud Pública. México; 2003 : Tomo II

¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México; 2006. Disponible en: www.inegi.gob.mx.

¹ Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Salud Publica Mex 2001; 43: 233-236. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

¹Tataranni, P. Bogardus C. Changing habits to delay diabetes. N Engl J Med 2001; 344(18):1343-1350. disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000500013&lng=es&nrm=iso.

¹ Andrea L. Bess H. Marcus, James B. Kampert, Melissa E. Comparación de estilo de vida e intervenciones estructuradas para aumentar la actividad física y adecuación cardiorrespiratoria. Disponible en: www.virtual.unal.edu.com. Universidad Nacional de Colombia.

¹ López, F. Epidemiología enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. México: Manual Moderno; 2003.

¹Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344:1343-1350.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre de la Investigación:

Estilos de vida y Barreras ambientales en el apego al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2.

Nombre del Investigador:

L. E. O. Alma Delia Barranco Salinas

La Lic. Alma Delia Barranco Salinas es una enfermera profesional que estudia en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM), la Maestría en Enfermería, con motivo de investigación se aplicará un cuestionario en consulta externa del Hospital General de México principal propósito de la investigación. A pesar de que el estudio no los beneficiará a ustedes, sí ofrecerá información que puede permitir a los enfermeros identificar las necesidades de los pacientes, para poder ayudarlos, y que obtengan beneficios potenciales

El estudio tiene el visto bueno por las personas apropiadas de la Escuela. Este estudio no implica ningún riesgo o daño para el individuo.

La participación del estudio va a ocuparles aproximadamente 30 minutos.

Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

Su participación en el estudio es voluntaria y tiene el derecho de abandonarlo cuando quiera y la relación con el personal no se vera afectada.

Su identidad no se publicará y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento informado y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

Firma del paciente fecha
Nombre, dirección y teléfono

He explicado el estudio a la persona y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador. Fecha.
Nombre, dirección y teléfono

Testigo 1 _____
Nombre, dirección y teléfono.

Testigo 2 _____
Nombre, dirección y teléfono.



Folio _____

CUESTIONARIO, IMEVID (ESTILO DE VIDA) Y BARRERAS PARA EL APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Fecha | |

Nombre _____

INSTRUCCIONES

Por favor conteste las siguientes preguntas, en relación a los tres últimos meses, elija una opción dentro de los cuadros y marque con una "X", le suplicamos contestar todas las preguntas.

A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Masculino Femenino
2. ¿Qué edad tiene? años de edad.
3. ¿Cuál es su estatura? cms.
4. ¿Cuál es su peso? Kg.
5. ¿Hace cuántos años le dijo el doctor que usted padece diabetes? Años
6. En la actualidad el tratamiento que usted sigue es con :
 Pastillas Insulina Pastillas y insulina Thés o hierbas
 Otros _____
7. ¿Especifique si percibe ingresos económicos, cuanto recibe al mes individualmente?

8. ¿Especifique actualmente cual es su estado civil?
 Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
9. ¿Conteste la siguiente pregunta sobre las actividades que usted realiza actualmente?
 Labores del hogar Trabaja en activo Pensionado o jubilado Desempleado
 Otros _____
10. ¿Cuántos años de estudios ha concluido?
11. En una escala del 0 al 10 diga, que tan bien se cuida.

Elija una sola opción marcando con una X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

12. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
13. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca
14. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más
15. ¿Cuantas comidas hace al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
16. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
17. ¿Agrega sal a los alimentos cuando la está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
18. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
19. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
20. ¿Cuándo termina de comer, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
21. ¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, corre o algún otro)	3 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Casi nunca
22. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
24. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario
25. ¿Cuántos cigarros fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más
26. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana
27. ¿Cuántas vasos con bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más
28. ¿A cuantas platicas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna
29. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
30. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
31. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
32. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
33. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
34. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
35. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca

¿Hasta qué grado cada uno de los aspectos le impide que tome su medicamento o se administre su insulina de acuerdo a lo establecido?

36.-¿ Se le dificulta disponer de tiempo en su casa para administrarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
37.-¿ Su trabajo le impide disponer del tiempo para administrar el medicamento	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
38.-¿Se le dificulta encontrar un buen lugar para administrar el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
39.-¿La dificultad de llevar el medicamento con usted, cuándo está fuera de casa, le impide administrárselo?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
40.-¿Considera que sus problemas de salud (para ver, oír, tocar,etc) le impide que se administre el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
41.-¿Se le olvida administrarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
42.-¿Considera que el sentirse mal le impide que se administre su medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
43.-¿Considera que es complicado que se administre el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
44.-¿Le causa dolor administrarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
45.-¿El estar lejos de su casa (de viaje, compras, en casa de los hijos,etc) le impide aplicarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
46.-¿Los cambios en su rutina (dormirse tarde, trabajar de noche, etc) le impide administrarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
47.-¿El costo del medicamento le impide administrárselo?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
48.-¿Asistir a las fiestas, (cumpleaños, bodas, etc, le impide administrarse el medicamento?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica

¿Hasta qué grado cada uno de los aspectos le impide hacer ejercicio? **Folio**

49.-¿Se le dificulta disponer de tiempo en su casa para hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
50.-¿En su trabajo le es difícil disponer de tiempo para hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
51.-¿Se le dificulta encontrar un buen lugar para hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
52.-¿Se le dificulta hacer ejercicio por no poder ir al gimnasio, parque, plaza, etc?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
53.-¿Considera que sus problemas de salud (dolor en las piernas, ver, etc.) le impiden hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
54.-¿Se le olvida hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
55.-¿Considera que el sentirse mal es un impedimento para hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
56.-¿Le parece complicado valorar si es prudente hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
57.-¿El dolor le impide hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
58.-¿El estar lejos de casa (compras, viajes, en casa de sus familiares, etc) le impide hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
59.-¿Los cambios en su rutina (dormirse tarde, trabajar muy noche, etc.) le impiden hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
60.-¿Considera difícil hacer ejercicio después de tomar un descanso en su rutina?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
61.-¿El mal clima le impide hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
62.-¿Los cambios en el clima le impiden hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
63.-¿Considera costoso hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
64.-¿Asistir a fiestas,(bodas, cumpleaños, etc.) le impide hacer ejercicio?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica

¿Hasta que grado cada uno de los siguientes aspectos le impiden llevar la dieta para una persona con diabetes?

65.-¿Se le dificulta disponer de tiempo en casa (preparar las comidas, comer a tiempo, etc.) para comer los alimentos recomendados para su diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
66.-¿Se le dificulta disponer de tiempo en el trabajo (preparar las comidas, comer a tiempo, etc) para comer los alimentos recomendados para su diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
67.-¿Cuándo está fuera de casa, se le dificulta encontrar un buen lugar (restaurante) para comer los alimentos recomendados para su diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
68.-¿Le es difícil preparar las comidas especiales o hacer intercambio de alimentos para llevar su dieta?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
69.-¿Considera que sus problemas de salud(para ver, fatiga,etc.) le impide comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
70.-¿Se le olvida el tipo de dieta que debe llevar una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
71.-¿El sentirse enfermo le impide comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
72.-¿Considera complicado comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
73.-¿El dolor (hambre) le impide comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
74.-¿El estar lejos de su casa (de compras, viaje, en casa de sus hijos, etc.) le impide comer los alimentos recomendados para una persona con DMT2	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
75.-¿Los cambios en su rutina (dormirse tarde,trabajar hasta noche,etc) le impide comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
76.-¿Considera costoso comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
77.-¿Asistir a fiestas,(bodas, cumpleaños, días festivos,etc.) le impide comer los alimentos recomendados?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
78.-¿Considera difícil regresar a su dieta después de romperla?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
79.-¿Le es difícil tener en casa los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
80.-¿El tener en casa comida no permitida en su dieta es un impedimento para comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
81.-¿En su casa le es difícil llevar una dieta adecuada por que nadie más come como usted tiene que hacerlo?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica
82.-¿Le es difícil comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes, por que muy pocas comidas que le gustan están en su dieta?	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre	No Aplica

GRACIAS POR CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO

Pero si se escoge un ejercicio formal, éste podría ser caminar vigorosamente, o trotar o nadar o ciclismo durante 30 minutos seguidos.



Medicamentos: Las personas con diabetes deben estar bien informados de la dosis y horarios de la toma de medicamentos y cumplir estrictamente con las recomendaciones del médico.



Deben saber que el propósito del medicamento es evitar las elevaciones de glucosa en sangre

Se debe cumplir con los horarios de ingesta de alimentos, puesto que la toma de medicamento en ayunas puede provocar una baja de los niveles de glucosa en sangre.

En caso de olvido en la toma de una dosis de medicamento no es correcto tratar de compensarlo tomando doble dosis en el horario siguiente. El sobremedicamento puede producir hipoglucemia.

Debe mantenerse la alimentación saludable, la actividad física y el control de peso para ayudar a que el medicamento funcione adecuadamente.

Si su nivel de glucosa mejora significativamente y se controla la diabetes, consulte a su médico acerca del plan para reducir y eventualmente suprimir el medicamento.

Otro elemento importante para controlar tu diabetes es **disminuir el estrés**, demasiado estrés puede causar que el azúcar en su sangre suba o baje mucho y lo haga sentirse enfermo.

¡Nunca se dé por vencido!: Es posible que tenga que probar varias soluciones hasta que encuentre la correcta.



Recuerda siempre que como persona eres muy importante por el simple hecho de existir: con una actitud positiva podrás ser una persona más sana sobre todo en tiempos difíciles, además de que podrás lograr cambios no solo en tu salud y vida personal, si no también en tu vida familiar.

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
ENEO/UNAM.
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**



**Guía para ayudar a
promover estilos de vida
saludables en personas
con diabetes mellitus tipo**

2

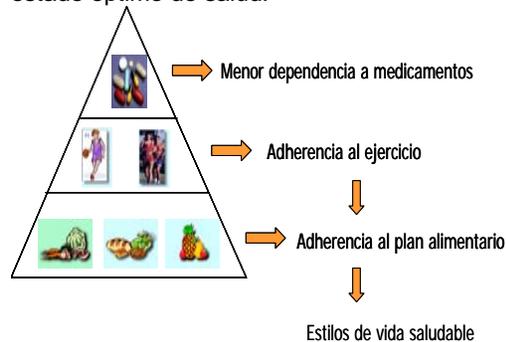


Elaboró: L.E.O. Alma
Delia Barranco Salinas.
Fecha: Noviembre del
2006

El estilo de vida, representa el conjunto de decisiones que toma la persona sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control". Desde este punto de vista las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.



Una de las principales preocupaciones que se han detectado en la actualidad, en los personas con diabetes mellitus tipo 2, es la baja adherencia que tienen a seguir conductas que favorezcan y promuevan la salud, dentro de estas conductas se encuentran tres elementos indispensables que son: actividad física, medicamentos y una alimentación saludable, misma que se considera como la base principal de la pirámide para un buen control de la diabetes, es ahí donde proviene la energía que utiliza nuestro organismo, para un estado óptimo de salud.



De hecho el beber en exceso, comer dietas grasas o saltar comidas, abusar de lo dulce o lo salado, comer demasiado rápido, "picar" entre comidas, efectuar un número inadecuado de comidas (por ejemplo: no desayunar), tomar bebidas gaseosas o alcohólicas, no seguir una dieta equilibrada y no vigilar el peso, constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgo.



Consejos para mantener una **alimentación saludable** que proteja a los individuos de la aparición de las enfermedades

- 1) Hacer una alimentación variada para conseguir un equilibrio entre los diferentes nutrientes;
- 2) Reducir el consumo de grasas, especialmente grasas saturadas y colesterol;
- 3) Alcanzar y mantener un adecuado índice de masa corporal;
- 4) Incrementar el consumo de carbohidratos complejos y fibra;
- 5) Reducir la ingesta de sodio y
- 6) No consumir alcohol o reducir el consumo por debajo de los límites de riesgo.

La actividad física a través del acondicionamiento es parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. La gente debe integrar en su vida hábitos saludables que le permitan facilitar la pérdida de peso.



La actividad física se puede acumular durante el día, es decir, se pueden efectuar períodos cortos intermitentes de actividad que por lo menos sumen 30 minutos al día, subir escaleras en lugar de ascensor, caminar distancias cortas en lugar de manejar carro, hacer ejercicios calisténicos, mirar la televisión pedaleando en una bicicleta estática, actividades de jardinería, trabajos caseros, barrer hojas, podar, bailar, jugar con los niños.