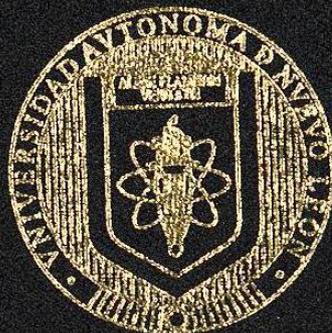


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



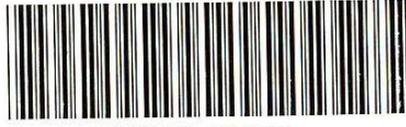
PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por:

LIC. LUZ MARIA QUINTERO VALLE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004



1020149421

2

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por:

LIC. LUZ MARIA QUINTERO VALLE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

972487.

TH

Z6675

.N7

FEn

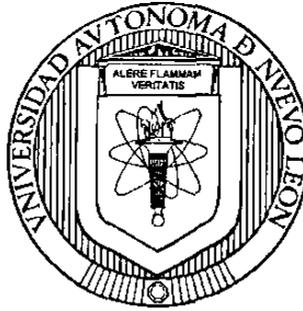
2004

.Q8



FONDO
TESIS

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



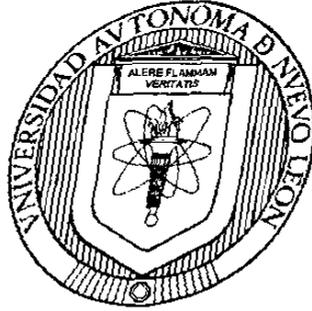
PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por
LUZ MARIA QUINTERO VALLE

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

ENERO, 2004

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



PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LUZ MARIA QUINTERO VALLE

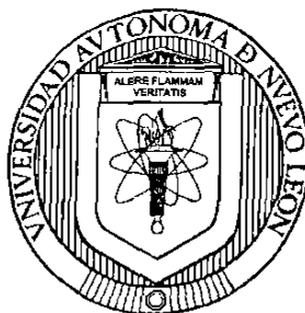
Director de Tesis

ESTHER GALLEGOS CABRIALES, PhD

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

ENERO, 2004

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



PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Por

LUZ MARIA QUINTERO VALLE

Asesor Estadístico

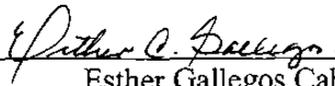
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

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

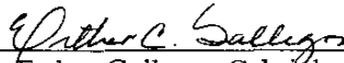
ENERO, 2004

PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Aprobación de Tesis



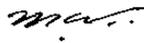
Esther Gallegos Cabriales, PhD
Director de Tesis



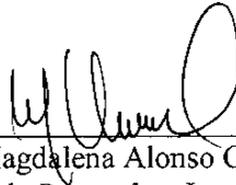
Esther Gallegos Cabriales, PhD
Presidente



M T S. Dora Julia Onofre Rodríguez
Secretario



Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
Vocal



M S P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme realizar mis estudios.

Al Programa de Mejoramiento al Profesorado (PROMEP) por la beca económica otorgada para la realización de la Maestría en Ciencias en Enfermería.

A los directivos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas por la gestión realizada para la obtención de la beca.

A los directivos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas campus Tampico, por todo el apoyo brindado.

A mi director de tesis Esther Gallegos Cabriales, PhD por su enseñanza en el desarrollo de esta investigación, pero sobre todo por su calidad humana.

Al personal docente y administrativo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su enseñanza.

DEDICATORIA

A mis Padres Sr. Francisco Quintero Muñoz y Sra. Guadalupe Valle Ramírez por su esfuerzo y amor brindado en mi formación. Son mi orgullo.

A mis hermanos, muy especialmente a Raquel, Ezequiel y Jael por trabajar a la par con mis padres, gracias por su cariño.

A mi esposo Sr. Juan Francisco Mata Anguiano por todo el apoyo dado durante la Maestría.

A mis hijos; Juanito y Lucy por mis ausencias en casa, los amo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	6
Definición de Términos	8
Objetivos	9
Hipótesis	9
Capítulo II	
Metodología	11
Diseño de Estudio	11
Población, Muestreo y Muestra	11
Criterios de Exclusión	11
Instrumentos	11
Procedimiento de Recolección de Información	13
Estrategias de Análisis de Resultados	13
Consideraciones Éticas	14
Capítulo III	15
Resultados	15
Características Demográficas y Clínicas de la Muestra	
Estadística Inferencial	17

Contenido	Página
Capítulo IV	21
Discusión	21
Conclusiones	22
Recomendaciones	22
Referencias	23
Apéndices	
A Consentimiento informado	25
B Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas	26
C Cuestionario de Acciones de Cuidado en diabetes	27
D Cédula de identificación	31
E Carta Gráfica	32

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Variables centrales de estudio por grupos participantes hospitalizados y ambulatorios	16
2	Diferencia de medias de las subescalas de apoyo familiar por grupo de participantes hospitalizados y ambulatorios	18
3	Diferencia de medias de las subescalas de acciones de autocuidado por grupo de participantes hospitalizados y ambulatorios	19

Lista de Figuras

Figura	Página
1 Relación de Conceptos	5

RESUMEN

Luz María Quintero Valle
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2004.

Título del estudio: PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE
ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Número de Páginas: 32

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

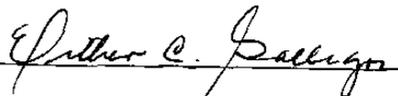
Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y método de estudio: El propósito fue identificar si el apoyo familiar percibido por el adulto con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), influye directamente en que reciba su tratamiento hospitalario o ambulatorio. Se analizó una hipótesis "La pertenencia al grupo hospitalizados y ambulatorios (1, 2) y el apoyo familiar explican el nivel de acciones de cuidado del adulto con DM2". El diseño fue descriptivo correlacional. La población de interés fueron adultos diagnosticados con DM tipo 2, hospitalizados y en control ambulatorio. El muestreo fue probabilístico, sistemático de 1 en 3, con un inicio aleatorio. El tamaño de la muestra fue de 114 participantes, (57 hospitalizados y 57 ambulatorios), se ajustó un modelo de regresión múltiple, donde el grupo y los puntajes de apoyo familiar, se introdujeron como variables independientes, y los puntajes de la escala de autocuidado, como variable dependiente, se calculó con una potencia de prueba de .80, coeficiente de determinación de $R^2 = .80$ y con un 95% de confianza. Las mediciones consistieron en la aplicación de dos escalas: "Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas" que mide la variable de apoyo familiar y "Actividades de Cuidado en Diabetes" que mide la variable de acciones de cuidado. Y la Cédula de datos de identificación, Se determinaron estadísticas descriptivas, Alpha de Cronbach, la prueba de Kolmogorov – Smirnov, Correlación de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney.

Contribución y conclusiones: Predominó la población femenina (52.6%). El promedio de edad en los participantes fue de 59.06 años ($DE=9.43$), de educación formal, de 6 años ($DE=4.31$) y de haber sido diagnóstico de DM2 15 años ($DE=7.25$). Los grupos de consulta externa y de hospitalización fueron semejantes en las variables de interés. Para verificar la hipótesis del estudio, "La pertenencia al grupo(1, 2) y el apoyo familiar explican el nivel de acciones de autocuidado del adulto con DM2", El modelo no fue significativo, $F(2, 111) = 1.17$ $p=.31$, por lo que la hipótesis no se sustenta.

La asociación entre nivel de apoyo familiar y el puntaje de acciones de autocuidado se determinó a través del coeficiente de correlación de Spearman, el cual no fue significativo ($r_s = .025$, $p = .792$). La percepción de apoyo familiar correspondió a la subescalas; social ($U=1084.5$, $p = .001$), y tangible ($U=945.0$, $p < .001$). El nivel de acciones de autocuidado mostró bajos promedios en ambos grupos ($\chi_1 = 45.29$, $\chi_2 = 48.37$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



Capítulo I

Introducción

El incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema de salud pública mundial. Entre estas enfermedades, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), desorden metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre, constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad prematura tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

En México, la DM tipo 2 se ubica en el tercer lugar de mortalidad general (Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], 2000). La morbilidad por egreso hospitalario informa que los pacientes que sufren de DM2 se hospitalizan en un promedio de 6.4 días. La prevalencia mas alta se encontró en los sujetos de entre 70 y 79 años de edad (22.4%), y la más baja en los de 20 a 39 años (2.3%). Una proporción importante de los casos inicio su enfermedad antes de los 40 años de edad. En algunos estados de la zona norte, entre ellos Tamaulipas, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 es de 9.5%. Los autores mencionan que esta prevalencia de la DM2, subestima lo real ya que hay individuos con diabetes no diagnosticados (Encuesta Nacional de Salud [EASA], 2000).

En consonancia con estos datos se conoce que en un hospital regional de segundo nivel en uno de los estados del norte, se hospitalizaron 2837 individuos en un año (48 % hombres y 52 % mujeres), por complicaciones relacionadas a la DM2. El primer lugar de estas complicaciones lo ocuparon las afecciones oftálmicas; el segundo, las renales y el tercero las de circulación periférica (Sistema de Información Medica Organizacional, [SIMO], 2002).

Por otro lado, la diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más

importantes para desarrollar enfermedades cardiovasculares. Todo esto se refleja en estadías largas de hospitalización, con un alto costo económico para el tratamiento de la DM2 y de sus complicaciones, tanto para los individuos que la padecen como para su familia y la sociedad en general. Se reconoce que la DM2 representa un problema para los servicios de salud (Secretaria de Salud, SSA1994).

Existe evidencia científica de que si el paciente con DM2 mantiene un control adecuado de su padecimiento reflejado en cifras normales de glucemia, las complicaciones disminuyen y se retrasa su aparición (The Diabetes Prevention Program Research Group, 1999). Sin embargo, la evidencia muestra también que dicho control requiere de un amplio y consistente apoyo familiar (Robles, 1993; Rodríguez & Guerrero, 1997).

El presente estudio tomo como base teórica los conceptos de autocuidado y apoyo familiar, como factores asociados a la presencia de complicaciones que requieren la hospitalización del individuo con DM2. Sobre esta temática las investigaciones analizadas informan que el percibir un apoyo de la familia favorece la observación de la dieta y la practica del ejercicio, que son parte del tratamiento del adulto con DM tipo 2. El apego a estas dos indicaciones se asocia con un control glucémico aceptable (Esparza, 1999). Uno de los estudios señala que cuando el que padece la DM2 es uno de los padres, los miembros de la familia que ofrecen el apoyo familiar son en primer lugar el cónyuge, en segundo lugar las hijas y en tercer lugar los hijos (Robles et al., 1995). Sin embargo, otras investigaciones reportan que familias con uno de sus miembros con DM2, pueden tener actitudes negativas para apoyarlos en seguir su dieta y el tratamiento (Aldrete, 1993).

Dado que la DM2 demanda que la persona cuide constantemente de su salud, e inclusive que ejecute el tratamiento por sí misma fuera del sistema de salud, la participación de la familia en el proceso de cuidado es sumamente importante. La

familia organiza una serie de estrategias que le permiten enfrentar la enfermedad e influir sobre su evolución y desenlace; las relaciones entre los integrantes juegan un papel importante en las conductas de apoyo familiar (Mercado & Robles, 1991). De hecho los individuos que sufren DM2, mencionan que uno de los obstáculos para cumplir con el tratamiento es la falta de apoyo familiar (Robles et al. 1993). Existe escasa evidencia del efecto que puede tener el apoyo familiar en el control glucémico en el adulto con DM2 y en la presencia de complicaciones que ameriten hospitalización. El trabajo de la enfermera comunitaria debe tomar en cuenta la familia para asegurar un mejor cumplimiento del tratamiento de la diabetes por el miembro que la padece. De aquí la importancia que tiene el presente estudio, cuyo propósito es:

Identificar si el apoyo familiar percibido por el adulto con DM tipo 2, influye directamente en que reciba su tratamiento hospitalario o ambulatorio. Esto bajo el supuesto de que el apoyo familiar se refleja en las acciones de autocuidado del paciente, el cual explicaría la hospitalización (pertenencia al grupo 1) o el control ambulatorio (grupo 2).

Marco de Referencia

El marco de referencia incluye los conceptos autocuidado de Orem y apoyo familiar; además se introduce una breve explicación de la DM2 y las complicaciones de tipo crónico. Finalmente se introduce el resumen de los estudios relacionados.

El concepto de autocuidado de Orem (Hernández, 1999) define a la persona como una unidad con funciones biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad del individuo para transformar su autocuidado. Este se define como el comportamiento que existe en situaciones de la vida concreta controladas por las personas en favor de sí mismos o para regular los factores del entorno que afectan su propio desarrollo y funcionamiento para mantener la vida, la salud o el bienestar. Así, se identifica el término agente con aquella persona que realiza la acción, por lo que según

este modelo, el agente de autocuidado es la persona que realiza una acción a favor de la salud de sí mismo.

Apoyo familiar en el cuidado de la diabetes mellitus. Barrera y Ainlay (citado por Hilbert, 1990) definen apoyo social como una diversidad de conductas naturales de ayuda donde los individuos que la reciben, interactúan socialmente con quienes las otorgan. Este concepto se interpreta como apoyo familiar para el caso del adulto con DM tipo 2 en este estudio. El concepto de apoyo familiar se integra de cinco dimensiones: a) ayuda tangible, b) interacción íntima (afecto), c) guía o información, d) realimentación, y e) interacción social.

Las cinco dimensiones del concepto de apoyo familiar adquieren contenido en función del cuidado que requiere realizar día con día el paciente con DM tipo 2. Así, la dimensión de la ayuda tangible, puede referirse a proporcionar recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros; la *dimensión de guía o información*, puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros; la dimensión realimentación comprendería supervisión sobre recomendaciones médicas, hacerle sentir bien por llevar a cabo conductas saludables, hacerle entender cuando está en un error que afecta su salud, entre otros. La dimensión interacción social podría incluir hacer ejercicio juntos, hablarle de algo que es de interés a su salud, levantarle el ánimo, entre otros.

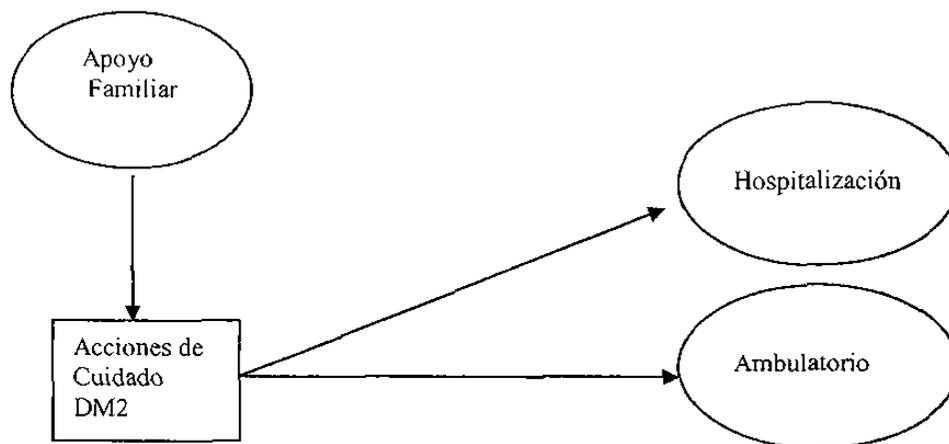
En general el adulto que padece diabetes mellitus demanda el apoyo familiar a través de mecanismos de adaptación del sistema familiar. Dicha adaptación favorece eventualmente las medidas terapéuticas que implican modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las

situaciones estresantes. Además de la realización de procedimientos especializados como son el monitoreo de la glucemia y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Todo ello coadyuva en el mantenimiento de glicemias dentro de los rangos normales, previniendo las descompensaciones metabólicas y retrasando la aparición de las complicaciones (Rodríguez & Guerrero, 1997).

Las relaciones de los conceptos explicados se esquematiza en la siguiente figura.

Figura 1

Relación de Conceptos



La familia, como entidad donde se concreta la reproducción material y cotidiana de sus integrantes, implementa acciones para el cuidado de la salud. Siendo una de sus funciones esenciales el prestar apoyo a los miembros que la integran. La aparición de la DM tipo 2 en unos de sus miembros ubica al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada, donde el apoyo familiar adquiere especial importancia en el control glucémico. Este control, implica mas que el simple hecho de tomar un medicamento, conlleva un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad (Rodríguez & Guerrero, 1997).

La diabetes es una enfermedad crónica provocada por un déficit en la producción o en la utilización de insulina. La consecuencia es un aumento de la concentración de

glucosa en la sangre, que a su vez ocasiona daños en varios de los sistemas del organismo.

Las complicaciones crónicas mas frecuentes son las cardiopatías, insuficiencia renal, lesiones del sistema nervioso, que en su mayoría son causas de hospitalización del individuo con DM tipo 2 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

Un estudio epidemiológico de morbilidad y mortalidad de usuarios diabéticos mostró que la morbilidad hospitalaria según las principales causas de ingresos por complicaciones fueron: pie diabético, insuficiencia renal crónica y cetoacidosis (Mendiola, 1996).

Estudios Relacionados

Los estudios relacionados encontrados corresponden sólo con pacientes en control ambulatorio. Enseguida se presentan en forma resumida.

Alonso, Carmona, García y Vega (1999), realizaron un estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, determinaron la relación entre las influencias interpersonales (apoyo social) con la práctica de estilo de vida (ejercicio, nutrición). Al aplicar la correlación de Pearson en lo que se refiere a la relación de apoyo social fue positiva entre el apoyo emocional y el estilo de vida nutrición ($r = .24, p = .08$), el apoyo tangible obtuvo una correlación positiva de $r = .23$ y una significancia de $.09$.

Aldrete y Alfaro (1993), al estudiar a familias de pacientes con DM tipo 2, en relación a las actitudes e información sobre la enfermedad, complicaciones, medidas terapéuticas, factores de riesgo y medidas de control, mostraron que el 72.7 % de las familias tienen conocimientos profundos del tratamiento. Sin embargo, en las actitudes de la familia en relación al enfermo, la dieta y su terapia evidenciaron actitudes negativas en el 83.47% de los casos.

Cuervo (2001), estudio el efecto de los factores biológicos, socioculturales y el apoyo social en el estilo de vida en el paciente con DM2. En donde se evidenció que el

apoyo social contribuye a explicar el estilo de vida con un 21.3 % de variación explicada $F(1,10) = 28.12, (p < .01)$.

Esparza (1999), estudió 227 pacientes adultos con diabetes tipo 2, con el propósito de determinar el efecto entre los factores personales biológicos, sociocultural y el apoyo social percibido, sobre los estilos de vida. Los resultados mostraron asociación significativa del apoyo social con estilos de vida; nutrición y ejercicio como parte del estilo de vida, $F = 3.37, p < .001$.

Gallegos, Cárdenas, y Salas (1999), en un estudio cualitativo definieron las capacidades especializadas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados mostraron una categoría nueva relacionada con el cambio de hábitos y actitudes, dentro de lo que sobresale el papel que el paciente confiere a la familia en el cuidado de su enfermedad.

González (1995), estudió la percepción del apoyo familiar del adulto mayor con DM tipo 2 y se mostró que el apoyo familiar percibido tiene relación con mantener los niveles de glucemia normal ($p = 0.05$, con 5 grados de libertad).

Tillotson y Smith (1996), al estudiar la relación del apoyo social con un régimen de control de peso en 465 pacientes con diabetes tipo 2, reportaron que el apoyo social se asocia con el apego al régimen de control de peso en forma significativa ($p = .05$).

Robles, Alcántara, Mercado, Moreno, y Ramos, (1995), al analizar los tipos de apoyo en los individuos con diabetes identificaron que las fuentes de apoyo en primer lugar con un 61% fueron los cónyuges y en segundo lugar las hijas (25.6%) y finalmente los hijos (13.4%).

Robles y Mercado (1993), en un estudio experimental analizaron el apoyo familiar en relación al cumplimiento del tratamiento médico (dieta, medicamentos) en individuos con diabetes mellitus tipo 2. Reportaron que el apoyo familiar se asocia con la preparación e ingesta de la alimentación prescrita la consideran vital en el tratamiento con una significancia ($p < .001$).

Rodríguez y Guerrero (1997), en un estudio de casos y controles, analizaron la importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia en pacientes adultos con diabetes. La muestra se integró de 82 pacientes, 32 del grupo de casos y 50 de controles. El estudio mostró que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia significativamente a niveles de glucemia < 140 mg / dl ($R M = 3.9$ IC de 95 % = 1.4 – 11.1).

En resumen las investigaciones analizadas informan que el apoyo social favorece la observación de la dieta, y la practica del ejercicio en el tratamiento del adulto con DM tipo 2, lo que eventualmente se asocia con un control glucémico aceptable. Uno de los estudios señala que cuando el que padece la DM tipo 2 es uno de los padres, los miembros de la familia que ofrecen el apoyo social son en primer lugar el cónyuge, en segundo lugar las hijas y en tercer lugar los hijos. Sin embargo en otra investigación se reporta que un alto porcentaje de familias, con uno de sus miembros con DM2, tiene actitudes negativas para apoyarlos en seguir su dieta y el tratamiento.

De acuerdo a la conceptualización, el apoyo familiar hace referencia al cuidado que requiere el paciente adulto con DM tipo 2 y al efecto positivo que dicho apoyo tiene en la observancia de conductas recomendadas a estos pacientes, según lo informan las investigaciones analizadas (Esparza, 1999; Robles, 1995; Aldrete, 1995). Se propone realizar el presente estudio con el propósito de:

Identificar si el apoyo familiar percibido por el adulto con DM2, influye directamente en que reciba su tratamiento hospitalario o ambulatorio.

Definición de Términos

Apoyo familiar: Grado de satisfacción percibido por el paciente con DM tipo 2 sobre la conducta del cuidador principal en relación a ayuda tangible, interacción íntima, guía o información , realimentación e interacción social.

Acciones de autocuidado en DM tipo2: Son acciones del cuidado relacionadas con la observancia de la dieta y la practica del ejercicio, el monitoreo y los

medicamentos como parte del tratamiento de la DM2 que llevó a cabo la persona con DM2 entrevistada durante la semana anterior a la entrevista, y que presuponen apoyo familiar.

Además se definen las variables demográficas y clínicas que permitirán describir a los participantes:

Edad, años que el adulto señale haber cumplido, en el momento en que se le solicite su participación.

Sexo se refiere al género masculino o femenino del participante.

Escolaridad serán los años académicos cursados referidos al momento de contestar el cuestionario.

Años de diagnóstico con DM tipo 2 es el tiempo transcurrido desde que la persona le diagnostican la enfermedad, hasta el momento de la entrevista.

Tratamiento hospitalario: Es la atención que se proporciona al paciente con DM2 en hospitalización por algún tipo de complicaciones secundaria la DM2.

Tratamiento ambulatorio: Es la atención que se le brinda al paciente con DM2, a través de la consulta de especialidad para mantenerlo en control de su glucemia.

Cuidador principal: Persona que reconoce el paciente que proporciona ayuda en el cumplimiento del tratamiento.

Objetivos

- 1.- Describir el nivel de apoyo familiar percibido por el adulto con DM tipo 2.
- 2.- Describir el nivel de acciones de cuidado del adulto con DM tipo 2.
- 3.- Describir la relación entre años de diagnóstico y el tratamiento hospitalario / ambulatorio.
- 4.-Perfilar demográficamente la población de estudio.

Hipótesis

La pertenencia al grupo (1, 2) y el apoyo familiar explican el nivel de acciones de cuidado del adulto con DM2.

Como se señaló anteriormente la base teórica para el desarrollo del presente estudio la constituye el concepto de apoyo familiar y el de autocuidado que requiere el adulto que padece DM tipo 2. Para dar respuesta al propósito del estudio se utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describen el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, instrumentos y procedimientos de recolección de información, consideraciones éticas, estrategias de análisis propuestas y resultados de la prueba piloto.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional. De acuerdo a Polit y Hungler (1999), este diseño es apropiado cuando solo se observan y registran las variables de interés, sin manipular ninguna de ellas.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés fueron adultos diagnosticados con DM tipo 2, hospitalizados o en control ambulatorio. El muestreo fue probabilístico usándose el muestreo, sistemático de 1 en 3 con un inicio aleatorio y con observación por un periodo de dos meses para completar el tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra fue de 114 participantes de los cuales se predeterminó que el 50% de los sujetos de estudio fueron de hospitalización y el otro 50% de consulta de especialidad de endocrinología, se calculó con una potencia de prueba de .80, coeficiente de determinación de 8 % y con un 95% de confianza.

Criterios de Exclusión

1. Paciente diabético hospitalizado por causas diferentes a la diabetes (ejemplo, traumatismos, quemaduras) lo que se consulta en el expediente clínico: diagnóstico de ingreso.

Instrumentos

Las mediciones consistieron en la aplicación de dos escalas: “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas” que mide la variable de apoyo familiar, y “Actividades de Cuidado en Diabetes” que mide la variable de acciones de autocuidado.

Además se aplicó una cedula de identificación (Apéndice D). En los siguientes párrafos se describen estos instrumentos.

El instrumento “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas”. Elaborado por Barrera y Ainlay (citado por Hilbert, 1990), (Apéndice B). Se utilizó para medir apoyo familiar al adulto con DM tipo2. El propósito de este instrumento es describir la satisfacción percibida por el adulto con DM tipo 2 con el apoyo recibido del cuidador principal.

Este instrumento se compone de 38 reactivos. Los reactivos del 1 al 10 forman la subescala de interacción íntima; 11 al 17 y 30 al 36, la subescala de guía; 18 al 20, 37 y 38, la subescala de realimentación; 21 al 24, la subescala de asistencia tangible; y 25 al 29, la subescala de interacción social positiva. Dado que este instrumento está diseñado para enfermedades crónicas en general, hubo necesidad de adaptarlo para pacientes diagnosticados con DM tipo 2. Los ítems que se adaptaron fueron; 1,8, 14, 32, y 38. Introduciendo en el contenido de las cuestiones lo específico de la diabetes. Los reactivos tienen un patrón de respuesta de: 1= insatisfecho, a 6= muy satisfecho. El puntaje crudo de la escala es de 38 a 228. Entre más alto el puntaje, mayor es la satisfacción con el apoyo brindado por el cuidador principal. Este instrumento fue utilizado en población extranjera de adultos obteniendo un alfa de Cronbach de .98. Y con población mexicana el alfa de Cronbach fue de .95.

El Cuestionario de Acciones de Cuidado en la Diabetes Toobert, y Glasgow, (1993), (Apéndice C). Se utilizó para medir la variable acciones de cuidado. El propósito de este instrumento es la medición de las actividades de autocuidado que realizó la persona durante la semana previa para cuidarse la diabetes correspondientes a: dieta, ejercicio físico, medicamentos y auto monitoreo de la glucosa. El instrumento consta de 12 reactivos con opciones de respuesta de tres tipos: la primera con alternativa de valores de 1 a 5, la segunda escala continua del 0 a 7, y la tercera de 1 a 4. Este

instrumento ha sido aplicado en población mexicana adulta con diabetes mellitus tipo 2, reportando un alfa de Cronbach de .86.

Procedimiento de Recolección de Información

Antes de aplicar los cuestionarios se contó con el dictamen del comité de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Se solicitó la autorización a los administrativos de la institución de salud, para llevar a cabo el estudio. Se contó con el consentimiento informado de cada participante (Apéndice A). La selección se hizo de pacientes hospitalizados y de pacientes que acudían a sus consulta de control; todo ello en un hospital de segundo nivel. En el caso del paciente hospitalizado se partió del censo diario de pacientes para elaborar un listado de casos por semana ordenándolos por fecha de ingreso y en caso de que hubiera ingresado mas de uno en la misma fecha, se tomó en cuenta la hora para su ordenamiento, se seleccionó sistemáticamente un participante por cada tres; el primero de ellos se elige en forma aleatoria. Para la aplicación del cuestionario, se solicitó al paciente su consentimiento informado. Se realizó la aplicación de los instrumentos en la unidad del paciente, en los servicios de medicina interna, y nefrología. Para los pacientes que se controlan en forma ambulatoria se procedió de los listados de consulta. La aplicación del instrumento fue en el área de espera de consulta de especialidades, siguiendo el mismo procedimiento que para el hospitalizado.

Estrategias de Análisis de Resultados

Se usó estadística descriptiva, para obtener medias, medianas, frecuencias, porcentajes y desviación estándar. Se verificó la distribución normal de las variables continuas, mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov.

Para la prueba de hipótesis “ La pertenencia al grupo (1, 2) y el nivel de apoyo familiar explican el nivel de acciones de cuidado del adulto con DM2”, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple. Con la finalidad de verificar si existía asociación

entre el nivel de apoyo familiar y el puntaje de acciones de autocuidado, se calculó un coeficiente de correlación de Pearson. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Versión 10. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos; “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas” y el “Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD)” mediante el Alpha de Cronbach.

Consideraciones Éticas.

Este estudio se realizó de acuerdo a lo que indica el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987). Antes de aplicar los cuestionarios se contó con el dictamen de autorización del comité de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Con respecto al artículo 22, fracciones II, IV, y V se obtuvo el consentimiento informado solicitando la autorización del director del Instituto Mexicano del Seguro Social de ciudad Madero Tamaulipas. Cada participante recibió la explicación del estudio y el procedimiento de la entrevista. Del título segundo Capítulo I, artículo 13 se aplican los siguientes artículos.

Respetando la dignidad del individuo y la protección de sus derechos y bienestar. El tiempo de aplicación del instrumento es de 10 a 18 minutos en privacidad, no presentando cansancio o malestar, en la aplicación del cuestionario.

Del artículo 14, fracciones V, VII, VIII se llevó a cabo al obtenerse la autorización del titular de la institución de atención a la salud. artículos 20, 21: fracción VI, VII y VIII, se despejó las dudas respecto al estudio; respetando la libertad de no seguir participando en el momento en que así lo dispusiera, se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, a través del consentimiento informado (Apéndice A). En relación al artículo 17, Fracción I éste estudio se consideró sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención, solamente se respondieron a preguntas de dos instrumentos.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el estudio, organizados de la siguiente manera. En primer término se describe la población participante y se presentan las estadísticas descriptivas de las variables de estudio, los coeficientes del alpha de Cronbach para los instrumentos de; “Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas” y “Actividades de Cuidado en Diabetes”. En seguida se informan los resultados de las pruebas estadísticas aplicadas para verificar la hipótesis planteada y responder las preguntas implícitas en los objetivos.

Características Demográficas y Clínicas de la Muestra

La muestra del estudio se constituyó por 114 participantes. De éstos, el 47.4% fueron hombres y el 52.6% mujeres. La mitad de los participantes ($n_1 = 57$) fueron reclutados en hospitalización, y el resto en la consulta externa de endocrinología ($n_2 = 57$). El promedio de edad fue de 59.06 años ($DE = 9.67$; 38-83), el de educación formal de 6 años ($DE = 3.6$; 0-17) y el de años de diagnóstico de DM2 de 15 años ($DE = 8.2$; 1-35).

Las variables centrales del estudio incluyeron: apoyo familiar y acciones de autocuidado. El valor promedio de la escala de apoyo familiar fue de 89.18 ($DE = 12.41$; 24-100) y el de acciones de autocuidado, de 46.83 ($DE = 12.33$; 22-71). Ambas escalas contienen subescalas, los valores de cada una de ellas, así como los de las variables clínicas y demográficas se compararon según la pertenencia al grupo de hospitalizados o de consulta externa. Los resultados se presentan en al Tabla 1.

Tabla 1

Variables centrales de estudio por grupos participantes hospitalizados y ambulatorios

Variables	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad			
Hospitalizados	58.32	58.00	9.43
Ambulatorios	59.81	56.00	9.43
Escolaridad			
Hospitalizados	5.28	6.00	3.16
Ambulatorios	5.12	7.00	4.31
Años de DX			
Hospitalizados	11.56	10.00	7.25
Ambulatorios	12.14	12.00	9.10
Apoyo Familiar			
Hospitalizados	92.10	94.21	9.54
Ambulatorios	86.26	90.53	14.22
Acciones Autocuidado			
Hospitalizados	45.29	42.86	12.07
Ambulatorios	48.37	53.06	12.49

Fuente: EACD y A F.

n = 114

Los cuidadores principales reportados por los participantes fueron el cónyuge en el 47.4% de los casos, algún hijo/a en el 43% y otro familiar en el 9.7%.

Estadística Inferencial

Con el fin de seleccionar el estadístico de prueba apropiado, se determino la forma de distribución de las variables continuas, aplicando la prueba de Kolmogorov Smirnov. Los resultados mostraron normalidad para las variables: años cumplidos ($D = .68, p = .74$), años de diagnostico ($D = 1.23, p = .09$), índice de acciones ($D = 1.22, p = .101$); no así para las variables años de escolaridad ($D = 1.91, p = .001$), índice de apoyo familiar ($D = 2.34, p = .000$). En función de ello se aplicaron estadísticos no parametricos.

El coeficiente de Cronbach para el instrumento de Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas que mide la variable de apoyo familiar fue de .95, y para el instrumento de Actividades de Cuidado en Diabetes .83.

Para verificar la hipótesis del estudio, “La pertenencia al grupo(1, 2) y el apoyo familiar explican el nivel de acciones de autocuidado del adulto con DM2”, se ajusto un modelo de regresión múltiple, donde el grupo y los puntajes de apoyo familiar, se introdujeron como variables independientes, y los puntajes de la escala de autocuidado, como variable dependiente. El modelo no fue significativo, $F(2, 111) = 1.17, p = .31$, por lo que la hipótesis no se sustenta.

Con la finalidad de verificar si existía asociación entre el nivel de apoyo familiar y el puntaje de acciones de autocuidado según el modelo de relaciones intreconceptuales, se calculó un coeficiente de correlación de Spearman, el cual no fue significativo ($r_s = .025, p = .792$).

Los objetivos planteados se responden de la siguiente manera.

1.Describir el apoyo familiar percibido por el adulto con DM2. El apoyo familiar se reporta en una escala de 0-100; el promedio de la muestra total fue de 89.18 ($DE = 12.41; 24-100$). Los promedios obtenidos por el grupo de hospitalizados y ambulatorios fueron similares según lo mostró la prueba U de Mann Whitney ($X_1 = 92.10/ X_2 = 86.26; U = 1582.5, p = .797$). Con la finalidad de proveer elementos

para un análisis más detallado, se compararon los valores obtenidos por subescala y por grupo. Esta información se introduce en la Tabla 2.

Tabla 2

Diferencia de medias de las subescalas de apoyo familiar por grupo de participantes hospitalizados y ambulatorios

Subescalas	\bar{x}	DE	Mdn	U	p
Interacción					
Hospitalizados	92.23	8.16	94.00	1415.5	.233
Ambulatorios	88.07	12.85	94.00		
Guía					
Hospitalizados	92.35	10.34	94.29	1317.5	.080
Ambulatorios	86.32	14.97	94.29		
Realimentación					
Hospitalizados	92.77	11.89	96.00	1348.5	.108
Ambulatorios	85.12	18.24	96.00		
Social					
Hospitalizados	88.51	13.84	100.00	1084.5	.001
Ambulatorios	74.30	18.83	92.00		
Tangible					
Hospitalizados	92.88	15.18	95.00	945.0	.000
Ambulatorios	89.05	23.59	75.00		

Fuente: EACD y AF.

$n = 114$

En esta tabla se observa diferencia significativa en las subescalas tangible y social.

2. Describir el nivel de acciones de autocuidado del adulto con DM2. La muestra total tuvo un promedio en la escala de acciones de autocuidado 46.83

($DE = 12.33$; 22-71). Al igual que con la escala anterior, se presentan los resultados por subescala y por grupo en la Tabla 3.

Tabla 3.

Diferencia de medias de las subescalas de acciones de autocuidado por grupo de participantes hospitalizados y ambulatorios

Subescalas	\bar{x}	DE	Mdn	U	p
Dieta					
Hospitalizado	70.96	15.57	70.00	1580.0	.800
Ambulatorio	70.79	17.52	75.00		
Ejercicio					
Hospitalizado	25.02	24.55	15.79	1308.0	.067
Ambulatorio	33.98	22.75	36.84		
Monitoreo					
Hospitalizado	14.04	19.18	.00	1613.50	.946
Ambulatorio	13.28	18.08	.00		
Fármacos					
Hospitalizado	28.29	17.12	25.00	1529.50	.581
Ambulatorio	26.97	18.72	25.00		

Fuente: EACD y A F.

$n = 114$

3. Describir la relación entre años de diagnóstico y tratamiento hospitalario/ ambulatorio. La prueba de U de Mann-Whitney mostró que no existe efecto de grupo para esta variable ($U = 1582.5$, $p = .797$).

4. Perfilar demográficamente la población de estudio. Los datos correspondientes se incluyeron en la parte de datos descriptivos que al inicio se mostraron.

Capítulo IV

Discusión

De acuerdo a los planteamientos de Orem (Hernández, 1999), las acciones de autocuidado tienen efecto positivo en la salud de las personas. Además, factores como el apoyo familiar, influyen directa e indirectamente en la ejecución de acciones de autocuidado. Para la muestra estudiada, el apoyo familiar debía favorecer el nivel de acciones de autocuidado, reflejándose su efecto positivo en mantener a las personas en atención ambulatoria y en evitar las hospitalizaciones. Los resultados obtenidos se comportaron en dirección opuesta; los pacientes hospitalizados obtuvieron puntajes más altos en apoyo familiar que los que recibían atención ambulatoria. Sin embargo, las cifras de acciones de autocuidado obtenidas por ambos grupos, pueden considerarse iguales, contradiciendo en cierta manera a los postulados teóricos.

Los altos niveles de apoyo familiar y los bajos puntajes de autocuidado, confirmándose con los bajos promedios reportados en las subescalas de acciones de autocuidado (ejercicio monitoreo y fármacos), contradicen lo reportado por, Esparza (1999) y Rodríguez y Guerrero (1997), quienes en sus investigaciones encontraron una asociación positiva entre apoyo familiar y apego a la dieta al ejercicio y al monitoreo.

Una posible explicación que se deriva de la observación directa, es que las personas se resisten a reconocer ante un extraño que sus familiares no lo ayudan lo necesario para mantener controlada su diabetes. Al revisar los puntajes obtenidos en las subescalas de apoyo familiar se pudo observar una tendencia de promedios altos en ellas, a excepción de la escala correspondiente a apoyo tangible. Esto sugiere, que el apoyo familiar pudiera hacer una diferencia en esta parte de las indicaciones médicas, lo que se asocia con la presencia de complicaciones agudas a mediano plazo y con las complicaciones crónicas a largo plazo (González, 1995; Aldrete y Alfaro, 1993).

Es notorio en esta muestra los altos puntajes obtenidos en la escala de apoyo familiar, y mas aun lo homogéneo de dicha percepción en ambos grupos; hospitalizados y ambulatorios. Siendo las subescalas de realimentación, social y la de apoyo tangible con mayor significancia en apoyo familiar. En la escala de acciones de autocuidado, la subescala que resulto significativa es la de ejercicio en ambos grupos de estudio.

La percepción de tener apoyo familiar referido por el paciente con DM2, no se ve reflejado en las acciones de autocuidado que el realiza. En contraste con lo manifestado por estudios en donde mencionan que el apoyo familiar es relevante para llevar a cabo acciones de autocuidado y lo mantenga en control (Robles, 1993; Gallegos, 1999). El cuidador principal reportado por los participantes fue el cónyuge, en segundo lugar los hijos, coincide con lo mencionado con Robles, Alcántara y Mercado (1997).

Conclusiones

Ambos grupos perciben tener apoyo familiar, mas sin embargo en sus acciones de autocuidado en la semana previa a la hospitalización no se evidencia.

El apoyo familiar no fue un factor decisivo para que el paciente con DM2 se mantuviera hospitalizado o en control ambulatorio, ya que las cifras obtenidas fueron altas en ambos grupos.

Recomendaciones

De acuerdo a la homogeneidad de los datos arrojados se sugiere profundizar con estudios que podrían hacer diferenciación en dos tiempos.

Realizar estudios de investigaciones cualitativas relacionadas al apoyo familiar del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Referencias

- Aldrete & Alfaro, (1993) La influencia de la familia en el control metabólico en el paciente diabético tipo 2. *Salud Publica México Octubre, Vol.35, No.5*
- Alonso, M., Carmona, M., García, S., & Vega, C. (1999). Relación de factores personales e influencias interpersonales con estilos de vida en pacientes diabéticos tipo 2. *Enfermería Siglo XXI*, 3, 17-20.
- Boletín de la Organización Mundial de la Salud, [OMS] N° 2, (2000).
- Cuervo, A. (2001). *Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con DM2*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Esparza, S. (1999). *Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo 2*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Gallegos, Cárdenas & Salas (1999). Capacidades de autocuidado del adulto con DM2. *Investigación y educación en enfermería*, 17(2), páginas.
- González, A. (1995). *Percepción del apoyo familiar por el adulto con diabetes*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Hernández, C. & Guzmán, E. (1999). *Fundamentos de la enfermería*. (2ª ed.) España: Mc.Graw-Hill Interamericana.
- Hilbert, G. A. (1990). Measuring social support in chronic illness. In O. L. Strickland & C. F. Waltz (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills*. (pp. 79-95). Nueva York, E. E. U. U: Springer Publishing Co.
- Instituto Nacional de Geografía, Estadísticas e Informática [INEGI] (2000). *Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno N°. 16, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2002). *Encuesta nacional de salud*, (tomo 2), 94-103. Recuperado de www.insp.mx.

- Mendiola, S. (1996). Morbilidad y mortalidad hospitalaria en la atención integral del diabético. *Revista Medica IMSS México*, (4), 303-308.
- Pólit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª.ed.) México: Mc.Graw-Hill Interamericana.
- The Diabetes Prevention Program Research Group (1999). The Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*, 22(4), 623-634.
- Tillotson & Smith. (1996). Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. *The Diabetes Educator*, 22(2), 133-139.
- Toobert, D. I. & Glasgow, R. E. (1993). Assessing diabetes self management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In Bradley C. (Ed.). *Hand book of psychology and diabetes*. (pp.351-375). Amsterdam.: Harwood academic publishers.
- Robles, L. (1993) El Apoyo Familiar y el cumplimiento del Tratamiento Medico en Individuos con Diabetes Mellitus. *Salud Pública*, 310-343
- Robles, L. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara. *Salud Publica México*, 37(3). 187-195.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*, México: Editorial Porrúa. Presidencia de la República.
- Secretaría de Salud. (1994). (*Norma Oficial Mexicana [NOM-017-SSA2-]*) Recuperado de: www.insp.mx.
- Sistema de Información Medica Organizacional. [SIMO] (2002). H. Gral. Zona N° 6, IMSS.

Apéndice A

Carta de Consentimiento Informado

Luz Maria Quintero Valle me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado Apoyo familiar percibido por el paciente con diabetes mellitus tipo 2. Entiendo que el propósito del estudio conocer la percepción del apoyo familiar del paciente con diabetes mellitus 2.hospitalizado y en control ambulatorio. Y mi participación consiste en responder dos cuestionario; se me ha explicado que los datos que proporcione serán confidenciales y solo se utilizaran con fines académicos. Tengo entendido que los resultados se darán a conocer a la institución, conservando siempre el anonimato de los participantes. Se me ha informado que tengo derecho a desistirme y a terminar mi participación en el momento que yo lo deseé.

Acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del autor

Apéndice B

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

Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas

Este instrumento puede obtenerse con previa autorización de la autora del estudio, comunicándose al correo electrónico; lquinter@uat.edu.mx.

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

N° _____

Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes

Instrucciones: Las siguientes preguntas al entrevistado son acerca de las actividades de cuidado que realizo durante la semana pasada para cuidarse la diabetes. Si estuvo enfermo durante ese periodo, pídale responda conforme a lo que hizo la semana antepasada. Léale cuidadosamente cada pregunta y cruce la respuesta que le sea indicada. Explíquele que no hay respuestas correctas o incorrectas, pero que por favor conteste con honestidad a lo que se le pregunta.

1.-¿Qué tan frecuentemente siguió la dieta recomendada los últimos 7 días?

1. Siempre
2. Generalmente
3. Algunas veces
4. Casi nunca
5. .-Nunca

2.-Que porcentaje del tiempo tuvo éxito al limitar las calorías de acuerdo a lo recomendado para controlar su diabetes?

1. 0 %
2. 25 %
3. 50 %
4. 75 %
5. 100 %

3-Durante la ultima semana, ¿en que porcentaje de sus alimentos incluyo fibra, tales como frutas frescas, verduras, pan integral, chicharos, cereales y salvado?

1. 0 %
2. 25 %
3. 50 %
4. 75%
5. 100 %

4.- Durante la ultima semana, ¿Qué porcentaje de sus comidas incluyeron grasas, tales como mantequillas, helados, aceites, mayonesa, nueces, y semillas, aguacate, comida guisada, aderezos de ensaladas, tocino, otras carnes con grasa?

1. 0 %
2. 25 %
3. 50 %
4. 75 %
5. 100 %

5.-Durante la semana pasada, ¿Qué porcentaje de sus comidas incluyeron azucares y postres tales como pays, pasteles, gelatinas, refrescos. (regulares no de dieta) y galletas?

1. 0%
2. 25 %
3. 50 %
4. 75 %
5. 100 %

6.-¿De la semana pasada cuantos días realizo ejercicio de por lo menos 20 minutos?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

7.- ¿Qué porcentaje del tiempo recomendado por su medico para hacer ejercicio realmente lo hizo? (por ejemplo, si su medico recomendó 30 minutos de actividad)

1. 0 %
2. 25 %
3. 50 %
4. 75 %
5. 100 %
6. No tiene indicación medica

8.- ¿Durante la ultima semana cuantos días participo en una sesión de ejercicio diferente al que hace en su casa u oficina?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

9.-¿Durante la semana pasada (que no estuvo enfermo) con que frecuencia se realizo su “destrostix” (prueba de glucosa)?

1. Todos los días
2. La mayoría de los días
3. Algunos días
4. Ninguno

10.-En los últimos siete días (que no estuvo enfermo) ¿en que porcentaje se realizo los destrosix según la recomendación de su medico?

1. 0 %
2. 25 %
3. 50 %
4. 75 %
5. 100 %

11.-¿Cuántas de sus inyecciones de insulina recomendadas, se aplico en los últimos siete días?

1. Todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. No tengo indicada insulina

12.- ¿Cuántas de las pastillas para el control de la diabetes que debía tomarse, realmente se tomo?

1. Todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. No tengo indicada insulina

Apéndice D

Cedula de Identificación

N° _____

I.- Datos Sociodemográficos:

Edad (años cumplidos): _____ Sexo: _____

Años de escolaridad: _____ Estado Civil: _____

II.- Datos Clínicos

Años de diagnostico de tener diabetes mellitus tipo 2 _____

Diagnostico de ingreso (hospitalizado) _____

Apéndice E

Gráfica de respuestas del Cuestionario Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas

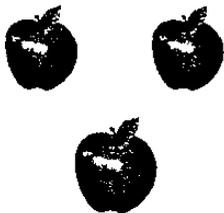
Insatisfecho



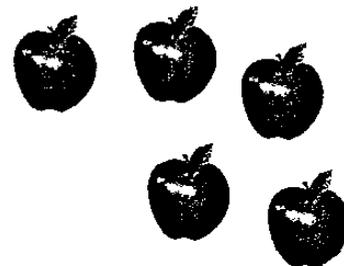
Algo Insatisfecho



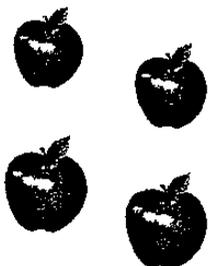
Satisfecho en Parte



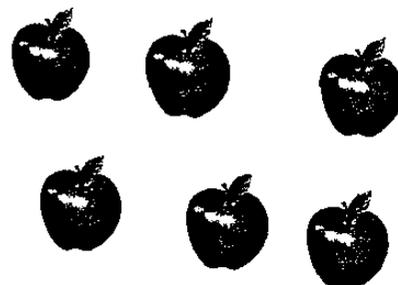
Satisfecho



Algo satisfecho



Muy Satisfecho



RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Luz Ma. Quintero Valle

Candidato para obtener el Grado de Maestría
en Ciencias de Enfermería con énfasis en enfermería Comunitaria

Tesis: PERCEPCIÓN DEL APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2

Campo de estudio Enfermería Comunitaria

Biografía Nacida en Tampico, Tamp. El 25 de Octubre de 1960: hija del Sr. Francisco Quintero Muñoz y Sra. Guadalupe Valle Ramírez

Educación: Egresada de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. 1983. Maestría en Educación Superior 1997. Especialidad en Cuidados Intensivos 1992.

Experiencia Profesional: Servicio Social en la Facultad de Enfermería de la UAT, campus Tampico Tams. Maestra de Enseñanza Clínica de la Facultad de Enfermería. Maestra de Carrera de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Coordinador de División de Estudios de Postgrado de Licenciatura y Curso de Especialidad.

E-mail: lquinter@uat.edu.mx

