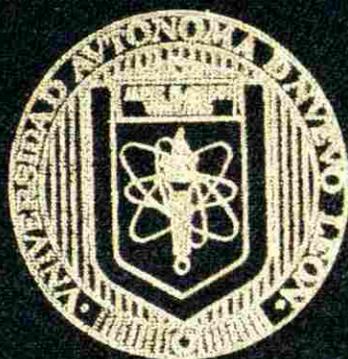


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

Por

LIC. SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA

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

AGOSTO, 1999

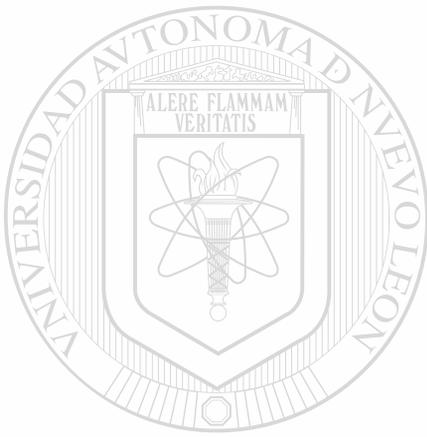
9 88
RC 660
1 660

APPOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL
S.F.E.A.SM

PACIENTE DIABETICO TIPO 2



1080089072



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

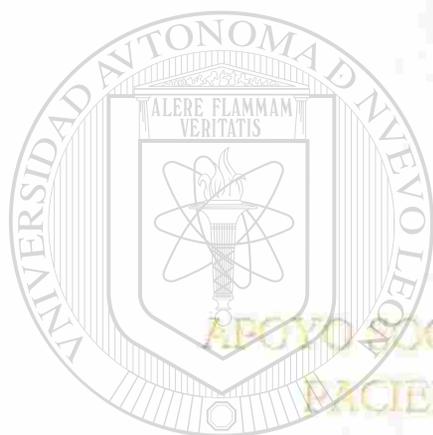


DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE PROMOCION E INVESTIGACION



APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABETICO TIPO 2

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LIC. SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA

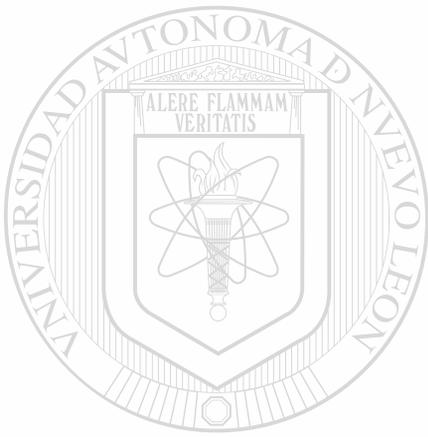
Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Con Enfoque en Salud Comunitaria

AGOSTO, 1999

TM
RCC660
E8



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

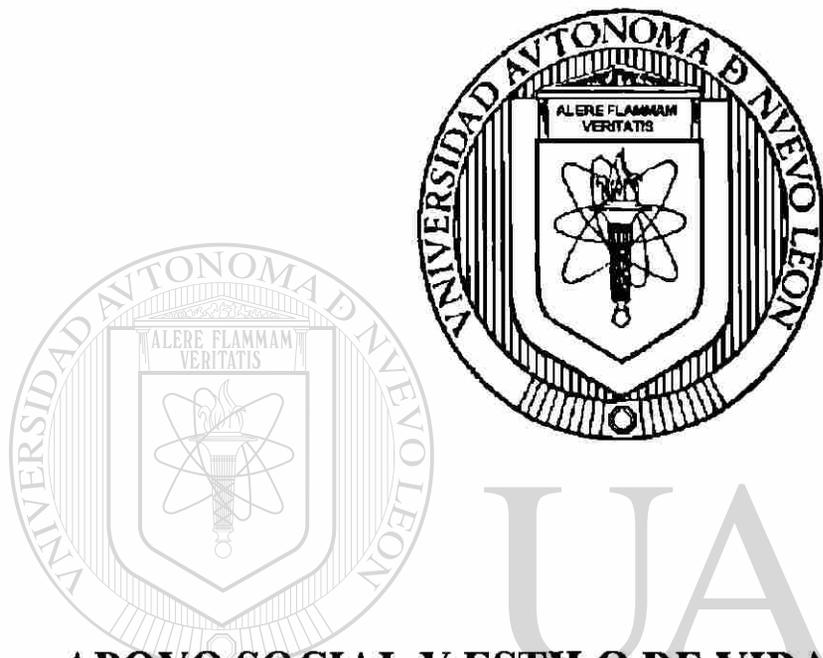
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIABÉTICO TIPO 2

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Por:

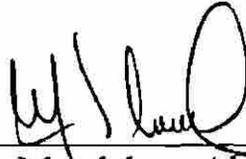
LIC. SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA

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

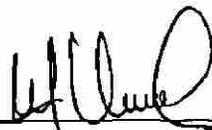
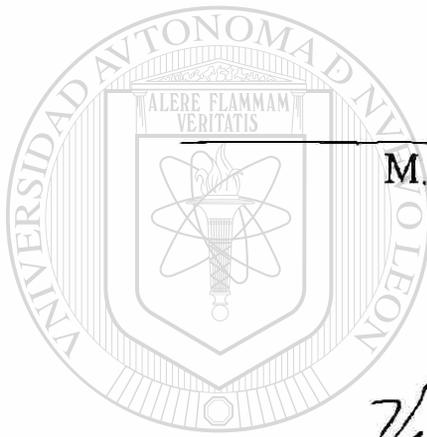
Agosto, 1999

**APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2**

Aprobación de la Tesis



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis



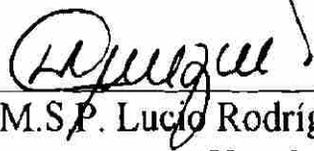
M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Presidente



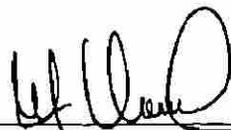
M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Secretario

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Sub Director de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Guadalupe Martínez de Dávila por su apoyo brindado para la realización del presente estudio.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo por que a través de sus palabras infundó en mí la motivación para continuar siempre adelante, por su confianza y acertada asesoría.

A la Dra. Adela Castillo por sembrar en mí la semilla para el desarrollo de la investigación, por transmitirme su ejemplo de dedicación y Amor a la Enfermería.

A el Lic. Juan Manuel Martínez Maldonado, Gracias por la confianza, por su apoyo brindado y por sus palabras de aliento que me fortalecen en mi desempeño profesional.

A Oscar, Nancy y Olga de la Unidad de Salud 21 de Enero, por su comprensión y apoyo en este trabajo.

Al personal de Postgrado: Anita, Rox, Silvia, Nidia, Maribel y Claudia por su apoyo brindado.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Por compartir conmigo esos momentos de tarea ardua, por su comprensión y apoyo:
Lupita Moreno, Lolis y Lupita Márquez.

A Rosy Escamilla Amiga! Gracias porque a través de tu sonrisa y apoyo haces que el camino sea mas ligero.

A mis Maestros, Porque los respeto, hoy son un gran ejemplo para mí, Gracias por transmitirme una nueva forma de ver a la disciplina y nuevas estrategias para fomentar su valor.

GRACIAS!

DEDICATORIA

Porque Gracias a él tengo vida, A Dios quien me fortalece con su Amor claro,
puro y transparente.

A quienes son el instrumento de Amor para darme vida: Mi Padre Rodolfo
Evaristo, por ser mi ejemplo de persona trabajadora incanzable, por tu apoyo e interés en
mi estudio. A ti Mamá, Gracias por tu ejemplo de fortaleza aún en la adversidad.

A mi gran fuente de apoyo, quien primero fue mi hermano, mi amigo y hoy mi
futuro esposo, Gracias por tu paciencia y tus palabras de apoyo en cada momento difícil,
Gracias porque en ti veo el Gran Amor que Dios me tiene.

A mis hermanos Mauricio, Ricardo, Aarón, Pedro y Alejandro, a mis cuñadas
Sonia y Maria Luisa, comparto con ustedes este trabajo, gracias por su paciencia e interés
en mi estudio.

Grupo 54 CJ Gracias por su escucha, apoyo, por compartir conmigo alegrías y
tristezas. Grupo 64 por su amor, paciencia y palabras de aliento que me fortalecen a
seguir adelante, por se un Gran ejemplo de que Dios existe!

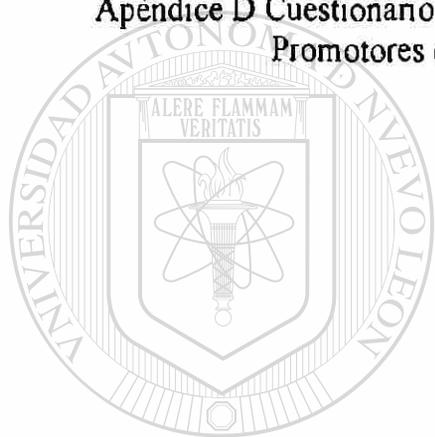
LOS AMO

Tabla de Contenido

Capítulo	Página
I INTRODUCCION.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Hipótesis	8
1.3 Objetivos	9
1.4 Importancia del Estudio	9
1.5 Limitaciones del Estudio.....	10
1.6 Definición de términos	10
II MARCO TEORICO CONCEPTUAL	12
2.1 Modelo de Promoción de la Salud	12
2.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría.....	19
2.3 Relación del MPS y el Apoyo Social	20
2.4 Estudios relacionados	20
2.4.1 Apoyo Social	20
2.4.2 Estilos de Vida	24
III METODOLOGIA	28
3.1 Diseño del Estudio	28
3.2 Población	28
3.3 Universo y Muestra	28
3.4 Criterios de inclusión	28
3.5 Material	29
3.6 Procedimiento	32
3.7 Análisis de Datos	33
3.8 Ética del Estudio	33
IV RESULTADOS	35
4.1 Consistencia Interna.....	35
4.2 Estadística Descriptiva	37
4.3 Estadística Inferencial	44
V DISCUSION	50
5.1 Conclusiones	56
5.2 Recomendaciones	58
Referencias	59

APENDICES

Apéndice A Esquema de Operacionalización de Variables..... del Estudio	64
Apéndice B Instrumento Factores Personales Biológicos y Sociocultural y Conducta Previa de Estilos de Vida	68
Apéndice C Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck.....	70
Apéndice D Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud.....	73



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia Interna del Instrumento Conducta Previa de Estilos de Vida Aplicado a Pacientes Diabéticos Tipo 2	35
2. Consistencia Interna del Instrumento Apoyo Social Aplicado a Pacientes Diabéticos Tipo 2	36
3. Consistencia Interna del Instrumento Estilos de Vida Aplicado a Pacientes Diabéticos Tipo 2	36
4. Conducta Previa de Estilo de Vida Nutrición del Paciente Diabético Tipo 2	37
5. Conducta Previa de Estilo de Vida Ejercicio del Paciente Diabético Tipo 2	38
6. Conducta Previa de Estilo de Vida Manejo del Estrés del Paciente Diabético Tipo 2	39
7. Conducta Previa de Estilo de Vida Responsabilidad en Salud, Autoactualización y Soporte Interpersonal del Paciente Diabético Tipo 2	40
8. Factores Personales Biológicos y Sociocultural del Paciente Diabético Tipo 2	41
9. Apoyo Emocional y Tangible del Paciente Diabético Tipo 2	42
10. Pérdida del Apoyo en el Paciente Diabético Tipo 2	42
11. Índices de Escala de Estilos de Vida en el Paciente Diabético Tipo 2	43
12. Prueba de Kruskal Wallis Efecto de la Conducta Previa sobre el Estilo de Vida Ejercicio, Nutrición y Manejo del Estrés del paciente Diabético Tipo 2	44

13. Regresión Lineal Simple Efecto de la Conducta Previa en el Estilo de Vida Autoactualización, Responsabilidad en Salud y Soporte Interpersonal del Paciente Diabético Tipo 2.	44
14. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2.	45
15. Regresión Lineal Simple Efecto del Estilo de Vida en Cifras de Hb A1c del Paciente Diabético Tipo 2.	45
16. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico en el Apoyo Social del Paciente Diabético Tipo 2.	46
17. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2.	46
18. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida Nutrición del Paciente Diabético Tipo 2.	47
19. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida Ejercicio del Paciente Diabético Tipo 2.	47
20. Regresión Lineal Múltiple Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2	48
21. Prueba de Kruskal Wallis para la Escolaridad con el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2.	48
22. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2.	49
23. Regresión Lineal Múltiple Efecto del Apoyo Social en el Índice de Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2.	49

RESUMEN

SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA

**Fecha de Graduación:
Agosto 1999**

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL
PACIENTE DIABETICO TIPO 2**

Número de Páginas: 74

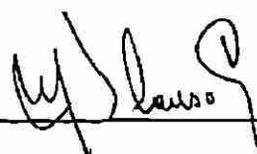
**Candidato para el Grado de Maestra en
Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud
Comunitaria**

Area de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito fue determinar el efecto que existe entre las experiencias previas, las características biológicas, sociocultural y el apoyo social del paciente diabético tipo 2 sobre los estilos de vida, basado en el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996). El diseño empleado fue descriptivo y correlacional, el tipo de muestreo fue probabilístico en la serie del tiempo con límite de error estimación de .05 y nivel de confianza de 95 por ciento, el tamaño de la muestra lo constituyeron 227 sujetos con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a el programa de enfermedades crónico degenerativas de las unidades de salud de primer nivel de atención en el Municipio de Guadalupe, N.L. Para la obtención de los datos se aplicaron 2 instrumentos elaborados por la autora y 2 estandarizados. Los instrumentos mostraron una consistencia interna aceptable.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados obtenidos en el Análisis de Regresión Lineal mostraron que existe un efecto significativo de la conducta previa en el estilo de vida del paciente diabético ($p < .05$), se encontró que no existe efecto del factor personal biológico con el apoyo social, ni con el estilo de vida, sin embargo cuando el factor personal biológico y el apoyo social se unen, estos factores si presentan efecto significativo en el estilo de vida ($F_{calc} = 3.379$ $p = .000$). El factor sociocultural tiene efecto significativo en el estilo de vida autoactualización, ejercicio, nutrición y soporte interpersonal a través de la prueba Kruskal Wallis ($p < .05$), el análisis de regresión mostró que el apoyo social tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente diabético ($p < .05$) donde las fuentes principales de apoyo fueron los hijos y el esposo (a) Lo anterior apoya algunos postulados del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996). La conducta previa, los factores personales y el apoyo social tienen efecto sobre los estilos de vida

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



CAPITULO I

INTRODUCCION

La salud tiene un fuerte valor en la sociedad y su importancia se ha acrecentado a partir del decenio de 1990. El interés radica en gran medida por la convicción de que los cambios en los estilos de vida representan una medida importante para reducir la aparición de enfermedad en los adultos y así mejorar el estado de salud durante el resto de la vida (Duffy, 1989).

Dentro de este contexto, la promoción de la salud ocupa un lugar importante,

Bottorf (1996) refiere que algunas teorías de promoción de salud se han enfocado a examinar los factores que explican la probabilidad que tiene el individuo de

comprometerse en conductas que promueven la salud y bienestar, los factores que influyen en la adquisición de conductas pueden variar e influir en su mantenimiento.

Pender (1987) distinguió entre los cambios de conductas a largo y corto plazo, predijo que diferentes constelaciones de factores cognitivo-perceptuales pueden influir en la adquisición y mantenimiento de conductas promotoras de salud.

Investigaciones sobre el mantenimiento de conductas promotoras de salud son escasas y sus hallazgos están lejos de concluirse. Mechanic en 1979 señaló que los modelos de conductas de salud demostraron niveles bajos de continuidad durante un período de 16 años, en contraste con lo que refiere Rakowski (1987), quien al utilizar los

datos de la Encuesta Nacional de Salud Personal, Prácticas y Consecuencias (NSPHPC 1979-1980) (National center for Health Statistics, 1984) encontró que ciertas conductas de salud eran relativamente estables en un período de un año. Sin embargo ni Mechanic (1979) ni Rakowski (1987) examinaron los factores que pueden explicar los modelos de conductas que ellos observaron.

La diabetes es un problema de salud pública, de la población afectada con esta enfermedad el 90 por ciento presentan diabetes tipo 2, y ésta se presenta en población en edad productiva, afectando su calidad de vida. Cuando el paciente es diagnosticado requiere de una orientación de la enfermedad, promover la modificación de estilos de vida no saludables para la prevención de complicaciones que pueden llevarlo a la incapacidad y a la muerte temprana. Esta situación debe abordarse desde el primer nivel de atención donde se detecta, controla y educa al paciente y se puede involucrar a la familia quien juega un papel muy importante en su función del cuidado de la salud.

El propósito del estudio fue determinar el efecto que existe entre las experiencias previas de estilos de vida, las características biológicas, sociocultural y las influencias interpersonales (apoyo social) del paciente diabético para que desarrolle estilos de vida, bajo el marco teórico del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), Pender (1996). Para tal efecto se realizó un estudio descriptivo y correlacional, en una muestra de 227 sujetos.

1.1 Planteamiento del Problema

Alcanzar un estilo de vida saludable debe ser la meta en los individuos de todas las edades, los estilos de vida promotores de salud son acciones iniciadas por uno mismo y son percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la autoactualización y realización del individuo, es un proceso inconsciente, iniciado durante la infancia y practicado en la edad adulta y la vejez (Pender, 1987). Comer, fumar, hacer ejercicio, manejar el estrés, y otras características del estilo de vida son actividades substancialmente conformadas y limitadas por las normas de la sociedad y el comportamiento de quienes rodean a las personas. Es difícil que las personas se salgan de las pautas marcadas por sus semejantes ó compañeros de trabajo, aunque esto sea lo que requiere un individuo de alto riesgo (Rose, 1995).

Estudios epidemiológicos realizados por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1989) revelan que aproximadamente el 50 por ciento de las causas de muerte tienen alguna relación con los estilos de vida perjudiciales como el sedentarismo, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el consumo de una dieta inapropiada. Rodríguez (1996) estudió la relación que existe entre el conocimiento y las percepciones de salud de adultos jóvenes estudiantes del área de salud y del área de ciencias, en relación con sus estilos de vida, y encontró un promedio alto de estilos de vida en adultos jóvenes del área de ciencias de salud con un 48.8 por ciento, en comparación con el segundo grupo que alcanzó un promedio total de 44.8 por ciento; medidos ambos en una escala de 0 a 100. Se destacó que los conocimientos y percepciones que tienen los adultos jóvenes acerca de la salud influyeron directa y positivamente en sus estilos de vida ($p < .05$).

Colli (1996), realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el estilo de vida saludable del anciano y el estado de salud percibido, aplicó el Modelo de Promoción de la salud de Pender (1987), y un instrumento del mismo autor

denominado escala Perfil de Estilos de Vida en adultos mayores; encontró que las hombres obtuvieron puntuaciones más altas que las mujeres en la subescala de ejercicio, nutrición, manejo de estrés y apoyo interpersonal; así como en la subescala de responsabilidad por la salud y autoactualización. En base a las seis prácticas de estilos de vida utilizadas en dicho estudio, la concepción de salud funcional, adaptativa y eudomonística, fue un factor cognoscitivo que se relacionó con la obtención de mayores puntuaciones en las escalas de estilos de vida como nutrición, manejo del estrés, autoactualización, responsabilidad en salud y ejercicio.

Rose G. (1995) refiere que las acciones del personal de salud sobre los individuos es un medio para identificar a los que tienen alguna necesidad especial, por ejemplo, los que se encuentran en un riesgo determinado y así la actuación preventiva puede tomar una de estas dos formas: o bien reducir el nivel de exposición a una causa, o proteger contra los efectos de la exposición, con el fin de evitar sus complicaciones. De esta manera, en el tratamiento de la Diabetes Mellitus el objetivo es proteger contra los efectos de la enfermedad, con el fin de evitar sus complicaciones. El exceso de riesgo, asociado con un factor determinado puede depender de su contexto y por lo tanto sólo puede ser juzgado en relación con otras características relevantes del individuo. Así, un paciente con diabetes tiene el riesgo de presentar complicaciones como hiperglicemias, neuropatías, retinopatías, nefropatías, y la presencia o ausencia de éstas depende en gran medida de los hábitos que el paciente diabético tiene sobre el ejercicio, la alimentación, el manejo del estrés y la responsabilidad en salud, entre otros.

Acevedo (1997), estudió la relación entre el ejercicio físico y el control metabólico en mujeres adultas diabéticas tipo 2, la investigación mostró que existe efecto de la práctica de ejercicio físico en el control metabólico a través de la regresión lineal simple ($F= 14.56$, $p<.001$, R^2 ajustada = .18) explicando parcialmente la conducta de

práctica de ejercicio a través del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996), encontró también correlación significativa entre la edad y la percepción de barreras ($r_s = .29, p = .02$) y diferencias de medias entre el nivel socioeconómico y la percepción de barreras. Como se puede observar el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) ha sido utilizado para la investigación dirigida a la predicción de estilos de vida promotores de salud, en algunos estudios se ha seleccionado del modelo un conjunto pequeño de variables para probarlas como predictores de una conducta específica.

En un estudio para determinar la utilidad del M.P.S. para explicar la aparición de los estilos de vida promotores entre los participantes de un programa de rehabilitación cardíaca y predecir el estilo de vida en un tiempo posterior, los resultados revelaron que los factores cognitivo perceptuales y modificadores explicaron el 21 por ciento de la varianza en el estilo de vida; los predictores significativos del MPS de las puntuaciones de estilos de vida fueron la definición de salud, el control de la salud, las características demográficas (edad, educación, sexo), las influencias interpersonales (estilo de vida de la persona significativa) y los factores conductuales, éste conjunto total de variables predijo el 25 por ciento de la varianza en el estilo de vida promotor de la salud tres meses más tarde (Pender, 1996).

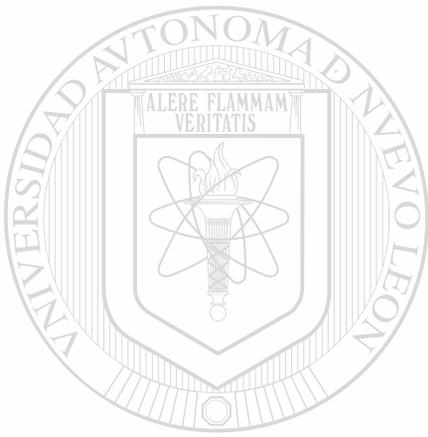
En otro estudio citado por Pender (1996) cuyo objetivo fue determinar la utilidad del MPS para explicar la frecuencia de las conductas de ejercicio entre los participantes de programas de rehabilitación cardíaca, la conducta de ejercicio de la persona significativa fue medida como una indicación de la influencia interpersonal (modelado); y los componentes del MPS explicaron el 23 por ciento de la varianza en la conducta de ejercicio medida con la subescala del ejercicio del PEPS (Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud, 1987). En los diversos estudios realizados para predecir las conductas promotoras de salud a través de los estilos de vida y del Modelo de

Promoción de la Salud (1987), las variables que más se han estudiado son los factores cognitivo perceptivos y los factores modificadores tales como las características demográficas y biológicas, los estudios sobre la relación entre la influencia interpersonal y las conductas promotoras de salud se presentan en menor grado.

Pender (1996) realizó una modificación al MPS y señala a las influencias interpersonales (familia, amigos, profesional de salud), normas, apoyo y modelo dentro de los factores cognitivo perceptuales, no se encontró en la literatura, aún, algún estudio que relacione estas variables que indiquen, su efecto en las conductas promotoras de salud. La autora menciona como una de las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de salud a la familia (padres o hermanos). Sin embargo, González, en 1995, estudió la influencia del apoyo familiar percibido, y el grado de conocimientos sobre la demanda de autocuidado terapéutico que posee el paciente diabético para cumplir con su régimen manteniendo sus niveles de glucosa en límites normales y no presentar complicaciones, bajo un modelo diferente en este caso de Autocuidado, los resultados demostraron que el apoyo familiar percibido tiene relación para que el paciente mantenga sus niveles de glucosa normal ($p < .05$).

Rusell citado por Rose G. (1995) estudió a 127 pacientes con D.M. tipo 2 y valoró la influencia del apoyo familiar en el seguimiento terapéutico del paciente diabético y encontró que existe una relación positiva entre el apoyo familiar y el seguimiento de la dieta y el cumplimiento de una rutina de ejercicio. En un primer nivel de atención y de acuerdo a las normas establecidas por las instituciones de salud hacen que en los programas se brinde orientación al paciente diabético hacia el control por ellos mismos y no se incluye a miembros de la familia. Durante la práctica clínica del investigador ha observado que los pacientes diabéticos presentan dificultad para mantener una conducta saludable a través del estilo de vida, ellos mencionan entre las dificultades para el cambio la falta de apoyo y escucha para externar sus deseos,

preocupaciones, refieren que la familia no aporta apoyo para realizar ejercicio, cuidar su alimentación, y que el estrés ocasionado por problemas familiares va en aumento. En base a la literatura revisada y por lo anteriormente mencionado se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto que existe entre la conducta previa, los factores personales biológicos, sociocultural y las influencias interpersonales (apoyo social) sobre los estilos de vida en el paciente diabético Tipo 2?



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

1.2 HIPOTESIS

Hi 1 La conducta previa tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Hi2 Los factores personales biológicos se asocian con el desarrollo de estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Hi3 Los factores personales biológicos tienen efecto sobre las influencias interpersonales (apoyo social percibido) en el paciente diabético tipo 2.

Hi4 Los factores personales biológicos y el apoyo social tienen efecto sobre el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Hi5 El factor personal sociocultural (Escolaridad) tiene efecto en el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Hi6 El apoyo social percibido por el paciente diabético tipo 2 tiene efecto en el estilo de vida.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Variables Independientes

- Conducta previa
- Factores personales biológicos
- Factor personal sociocultural (escolaridad)
- Apoyo Social

Variables Dependientes

- Estilos de Vida
- Apoyo Social

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el efecto que existe entre la conducta previa, los factores personales biológicos, la escolaridad y el apoyo social con el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características y experiencias individuales (Conducta previa, factores personales biológicos, escolaridad) del paciente diabético tipo 2.
- Describir el perfil de estilos de vida del paciente diabético tipo 2.
- Identificar el apoyo social percibido por los pacientes diabéticos tipo 2.
- Valorar la consistencia interna de los instrumentos Conducta Previa de Estilos de Vida (CPEV), Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ) y Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS) en la población estudiada.

1.4 Importancia del estudio

El estudio contribuye a beneficiar la práctica de enfermería dado que al identificar que las variables de apoyo social y algunos factores personales biológicos y sociocultural mostraron ser predictores de estilos de vida, pueden ser incorporados como estrategias claves en las intervenciones de enfermería y lograr eventualmente un efectivo control de los pacientes diabéticos tipo 2.

En relación a la disciplina el estudio permitió aplicar empíricamente algunos de los conceptos del MPS en población mexicana, dado que este modelo se ha perfeccionado a partir de 1996 y no existen referencias de estudios donde se sometan a prueba los conceptos de conducta previa y relaciones interpersonales (apoyo social).

Los instrumentos utilizados en el estudio mostraron tener una consistencia interna aceptable, CPEV (.79), NSSQ (.72) y PEPS (.90), por lo que son aportación a investigadores para ser utilizados.

1.5 Limitaciones del Estudio

Solo se podrá generalizar a poblaciones con características similares.

1.6 Definición de Términos

Características y Experiencias individuales del paciente diabético Tipo 2

Conducta Previa relacionada

Es la conducta que refleja la manera en que el paciente diabético ha desarrollado su estilo de vida en cuanto a su alimentación, realización de ejercicio, manejo del estrés, la responsabilidad en salud, relaciones interpersonales y autoactualización en salud anterior al diagnóstico de su diabetes, se midió a través del Instrumento Conducta Previa de Estilo de Vida (CPEV,1999).

Factores Personales

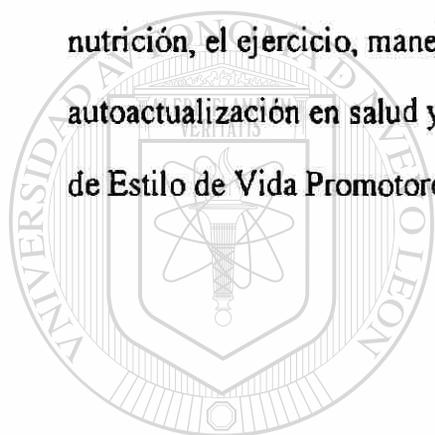
Son factores que caracterizan al individuo como persona, y que pueden influir en el paciente diabético para el desempeño de un estilo de vida saludable, en el presente estudio se incluyeron los factores personales biológicos, que describen al individuo en su esfera biológica a través del tiempo, varían de un individuo a otro y éstos pueden influir en el desarrollo o no del estilo de vida saludable. Para este estudio se consideraron la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC) a través del peso y la talla y la medición de Hemoglobina Glicosilada (Hb A1c), además se incluye el factor personal sociocultural medido a través de la variable escolaridad. Estas variables se midieron a través del instrumento factor personal biológico y sociocultural (FPB,1999).

Apoyo Social

Es la percepción del paciente diabético sobre la cantidad de apoyo emocional a través de afecto y afirmación de conductas de otras personas, apoyo instrumental a través de la recepción de ayuda simbólica o material. medido a través del NSSQ (1981)

Estilo de Vida

Logro de resultados de salud positivos en el paciente diabético a través de la práctica regular y sistemática de un estilo de vida saludable que sirve para conservar o fomentar el nivel de bienestar y satisfacción de necesidades personales como lo es la nutrición, el ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad sobre su salud, autoactualización en salud y relaciones interpersonales, medido a través del PEPS (Perfil de Estilo de Vida Promotores de Salud, 1987).



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

El marco teórico del presente estudio está constituido por el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996) del cual se aplicaron algunos conceptos de cada dimensión, además de los conceptos de estilos de vida y diabetes tipo 2. El trabajo de Norbeck (1981) se utiliza para definir apoyo social.

2.1 Modelo de Promoción de la Salud

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) es derivado del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock (1974) ampliado para abarcar las conductas que favorecen la salud, integra varios constructos de la teoría de valor de la expectativa descrita por Feather que trata sobre el valor subjetivo del cambio y la expectativa subjetiva de lograrlo.

El MPS además se basa en la Teoría del Aprendizaje Social ahora llamada Teoría Cognoscitiva Social, quien postula las capacidades básicas del individuo que influyen poderosamente en el funcionamiento humano. El MPS se maneja dentro de una perspectiva de enfermería de funcionamiento humano holístico.

A principios de los 80's el MPS fue propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, ha servido como base teórica en estudios para determinar el poder de sus constructos para explicar y predecir las conductas de salud, es un modelo con aplicabilidad potencial en todas las edades, ha sido utilizado para la investigación dirigida a la predicción de estilos de vida generales de promoción de la salud así como conductas específicas tales como el ejercicio y el uso de protección auditiva.

Supuestos del Modelo de Promoción de la Salud

Los supuestos en los que se basa el modelo reflejan las perspectivas tanto de enfermería como de las ciencias conductuales:

- La persona busca crear condiciones de vida a través de las cuales puede expresar su potencial de salud humano único.
- Las personas tienen capacidad para el auto-conocimiento reflexivo, incluyendo la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en positivos e intentan alcanzar un balance personal aceptable entre cambio y estabilidad.
- Los individuos en toda su complejidad biopsicosocial interactúan con el medio ambiente, transformando progresivamente el medio ambiente y siendo transformados con el tiempo.
- Los profesionales de la salud constituyen una parte del medio ambiente interpersonal, el cual ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida.
- La reconfiguración auto-iniciada de los patrones de interacción persona-medio ambiente es esencial para el cambio de conducta.

Estos supuestos enfatizan el rol activo del cliente para dar forma y mantener las conductas de salud y modificar el contexto ambiental de dichas conductas.

Pender (1996), al analizar los resultados de 12 estudios donde se aplicaron los conceptos del MPS inicial de 1987 indica que las variables específicas de la conducta: autoeficacia percibida, beneficios y barreras fueron empíricamente apoyados como predictores de las conductas de salud; las variables específicas de la salud necesitan ser reevaluadas en cuanto a lo importante que puedan ser para predecir las conductas promotoras y protectoras de salud, de tal manera que, la importancia de la salud no explicó la conducta de salud, por lo que no es útil como predictor. El control percibido de la salud no contribuyó a la explicación de las conductas específicas de la salud y la definición de salud predijo el estilo de vida promotor de salud en todos los estudios, pero sólo en dos de ellos predijo la explicación de las conductas específicas; el estado de salud percibido fue un predictor significativo tanto en los estilos de vida promotores de salud como en los estudios de las conductas específicas, sin embargo, por explicar sólo una varianza limitada, Pender (1996) refiere que el estado de salud percibido podría ser reinterpretado mejor como factor personal psicológico que afecta directa o indirectamente la conducta de salud cuando el estado de salud presente es relevante para el desempeño de una acción de salud dada.

Dado que el MPS evolucionó de la Teoría del Aprendizaje Social, las influencias interpersonales, circunstanciales y conductuales sobre las conductas de salud son de gran importancia teórica. Los efectos significativos de estas variables en las conductas de salud según estudios reportados proporcionan evidencia empírica acerca de que dichas variables deben continuar en el Modelo, pero situadas para tener efectos directos, así como indirectos sobre la conducta promotora de la salud. Pender (1996) refiere que la reubicación de las tres variables mencionadas no afecta la integridad teórica del modelo y concuerda con la Teoría del Aprendizaje Social, según la cual el medio ambiente (influencias circunstanciales e interpersonales) y la conducta previa (factores conductuales) afectan la conducta subsecuente.

En el Modelo revisado de Promoción de la Salud de 1996, la importancia de la salud, el control percibido de la salud y las señales para la acción fueron omitidas; la definición de la salud, el estado de salud percibido y las características demográficas y biológicas fueron recolocadas en el modelo e incluidas en la categoría de factores personales, de la cual pueden ser seleccionadas variables que son consideradas influencias relevantes en una conducta de salud particular en una población objetivo dada; además se agregaron tres conceptos nuevos al modelo: Afecto relacionado a la actividad, compromiso para planear la acción y demandas y preferencias opuestas inmediatas. A continuación se describen los conceptos del modelo que se aplicarán en el presente estudio.

Características y experiencias individuales

Cada persona tiene características personales y únicas que afectan sus acciones subsecuentes, los aspectos de éstas características brindan una flexibilidad en el modelo para que puedan encontrarse las variables que puedan ser altamente relevantes para una conducta hacia la salud. Incluyen las conductas previas, los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales.

Conducta previa relacionada

Con frecuencia el mejor predictor de la conducta es la repetición de la misma conducta ó conductas similares en el pasado, el hábito se fortalece cada vez que la conducta ocurre y se facilita más por la práctica concentrada y repetitiva de la conducta. La conducta previa puede tener efecto directo en la conducta promotora de salud debido a la formación del hábito, predisponiendo al individuo a realizar la conducta automáticamente, y también efecto indirecto, en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de salud a través de percepciones de auto-eficacia, beneficios, barreras y afecto relacionado a la actividad

Factores Personales

En el MPS los factores personales se han clasificado como biológicos, psicológicos y socioculturales. El modelo propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como en la conducta promotora de salud (Pender, 1996). Los factores personales incluidos en algún estudio deben limitarse a los que sean teóricamente relevantes para la explicación ó predicción de una conducta relacionada ó de interés.

Cogniciones específicas de la conducta y afecto

Dentro del MPS esta categoría es considerada de mayor significancia motivacional, las variables de esta categoría constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

Influencias Interpersonales

Son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros que pueden o no corresponder a la realidad, las fuentes primarias son las familias, compañeros y profesionales de salud. Las influencias interpersonales incluyen normas (expectativas de las personas significativas), apoyo social (estímulo instrumental o emocional) y el modelado (aprendizaje sustituto a través de la observación de otros, realizando una conducta particular). Las influencias interpersonales tienen efecto en la conducta promotora de salud directa como indirectamente a través de las presiones sociales o del impulso para comprometerse con un plan de acción. Para fines de este estudio influencias interpersonales se representa por apoyo social (Norbeck, 1981).

Compromiso con un plan de acción

Implica los procesos cognitivos subyacentes 1) Compromiso para llevar a cabo una acción específica en un tiempo y lugar dado, con personas específicas ó solos, sin importar preferencias contrarias y 2) Identificación de estrategias definitivas para iniciar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

Demandas y preferencias contraria inmediatas

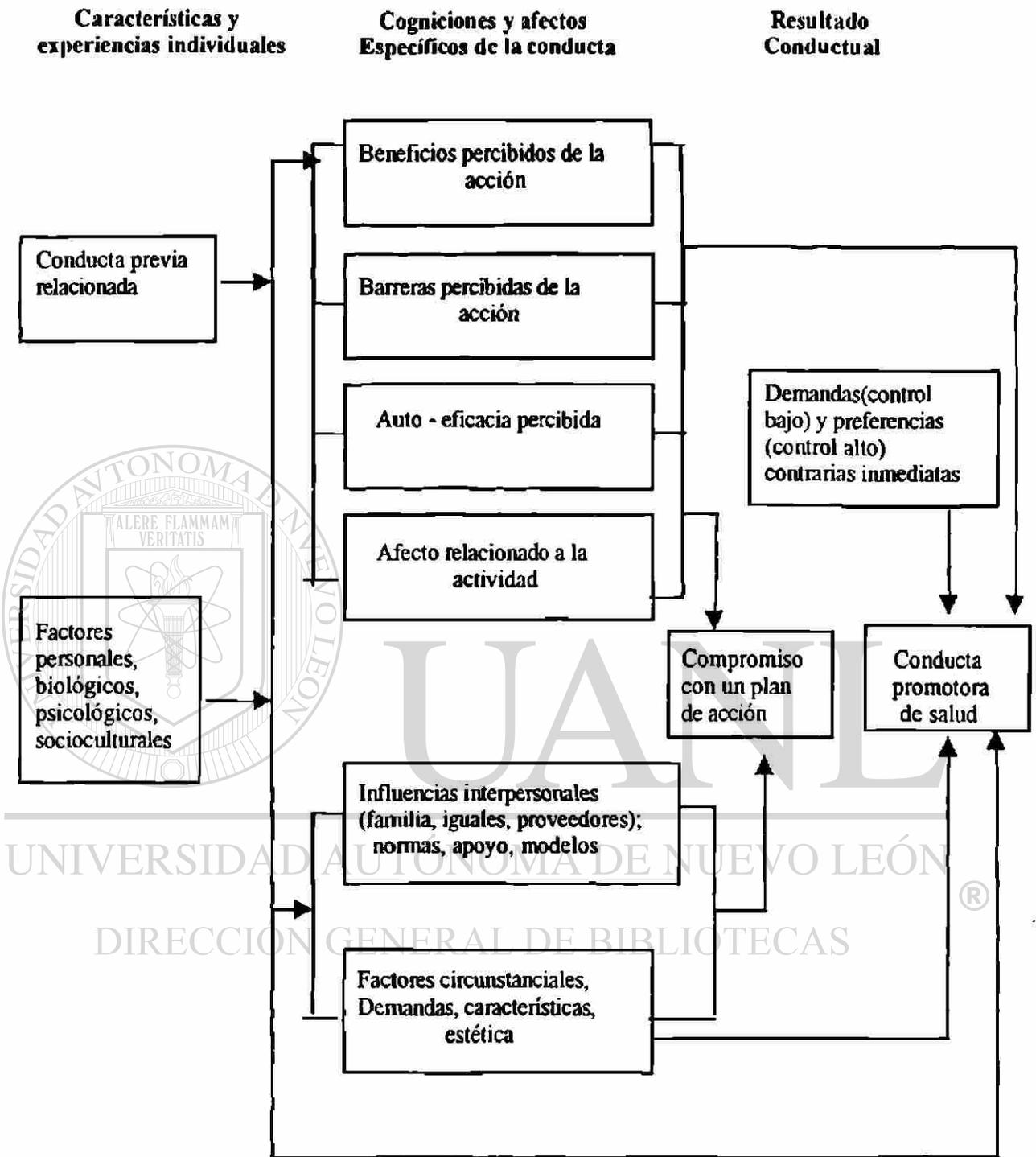
Son conductas alternativas que se introducen en la conciencia como cursos posibles de acción inmediatamente antes de la aparición pretendida de la conducta promotora de salud. Las demandas contrarias son aquellas conductas sobre las que el individuo tiene poco control debido a contingencias ambientales. Las preferencias contrarias son conductas alternativas con propiedades poderosas de reforzamiento sobre las que el individuo ejerce relativamente mucho control, en el MPS las demandas y preferencias contrarias afectan directamente la probabilidad de aparición de la conducta de salud y moderan los efectos del compromiso.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Conducta promotora de Salud

La conducta promotora de salud está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el individuo, cuando la conducta promotora de salud está integrada a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida, da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. (Ver Modelo Revisado de Promoción de la Salud, 1996, Figura 1).

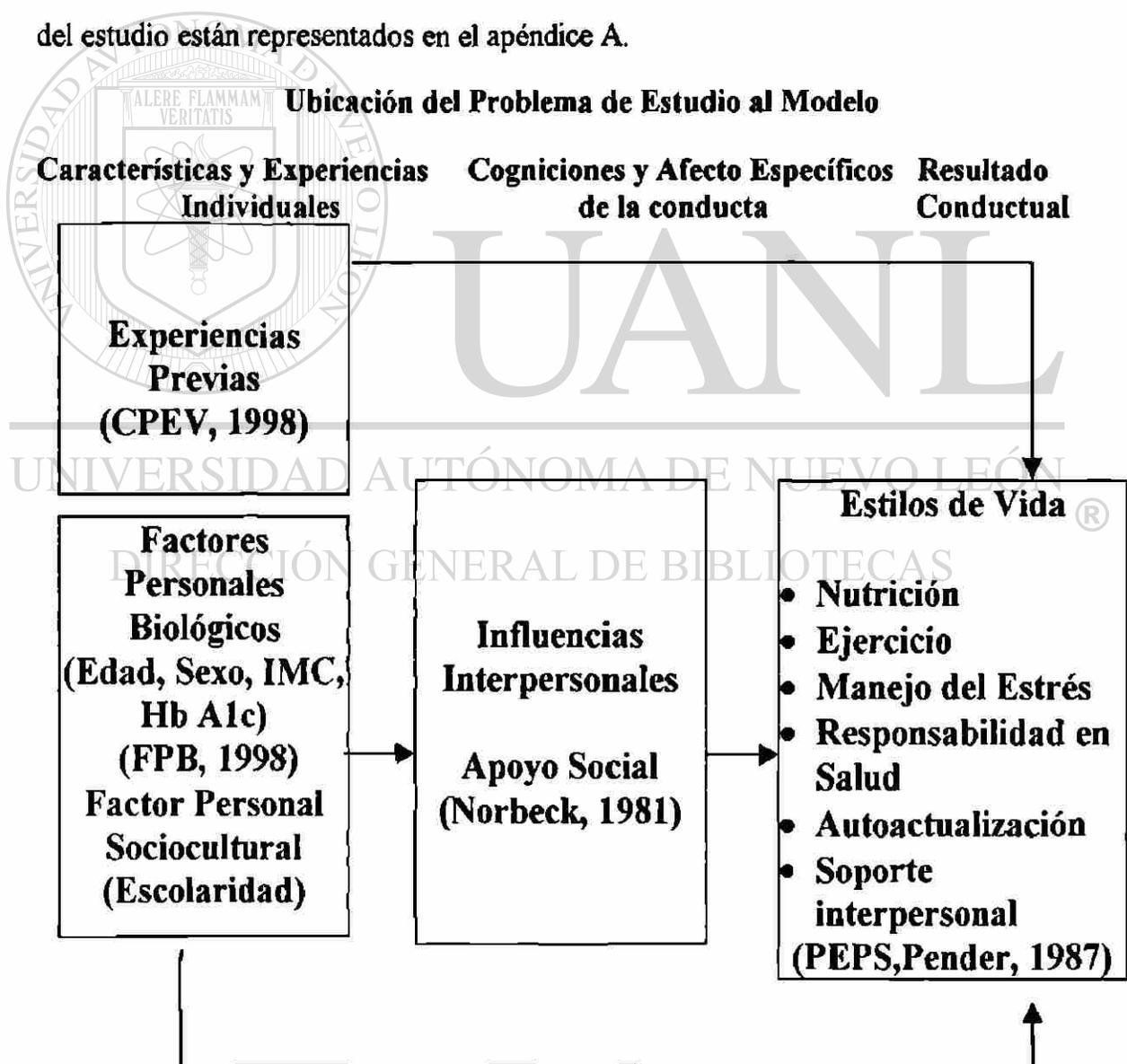
Figura 1



Modelo de Promoción de la Salud. (N.J. Pender, 1996).

2.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría

De acuerdo a lo planteado en el estudio se seleccionaron cuatro conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (1996), dos conceptos de la categoría características y experiencias individuales (Conducta previa relacionada y Factores personales biológicos); un concepto de las Cogniciones y Afecto específicos de la conducta (Influencias Interpersonales representado por el Apoyo social) y un concepto de Resultado Conductual (Conducta Promotora de Salud representado por el estilo de vida), para lo cual se adaptó el Modelo para el problema de estudio. La operacionalización de variables del estudio están representados en el apéndice A.



2.3 Relación del MPS y Apoyo Social

El interés de la investigación fue estudiar las relaciones interpersonales y Pender (1996) indica que éstas incluyen Apoyo Social identificado por dos atributos que son estímulo instrumental o emocional se presentan hallazgos de literatura donde se han revisado sus definiciones.

Norbeck (1982) ve el apoyo social como meta central del cuidado de enfermería y como una parte esencial del cuidado de enfermería. (Hinson Langford, 1997) En los registros de Prioridades de Investigación para el decenio de 1980, la Asociación Americana de Enfermería (ANA), recomienda que la investigación en enfermería, incluya redes de apoyo social como un ejemplo de determinantes del ambiente y el individuo en la enfermedad y la salud, que se aplica en individuos y familias y fortalecen las necesidades de estudio (Norbeck, 1981).

El Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ Norbeck, 1981) está basado en las definiciones conceptuales de apoyo social propuestas por Robert Kahn , que define apoyo social como transacciones interpersonales que incluyen una o mas de las siguientes: la expresión positiva de afecto de una persona a otra, la afirmación de conductas positivas de una persona a otra, percepciones o vivencias expresadas, proporcionar ayuda simbólica o material a alguna persona. De ésta manera el afecto, afirmación y ayuda son propuestos como los tres componentes de transacciones de apoyo.

2.4 Estudios Relacionados

2.4.1 Apoyo Social

Apoyo Social y salud

Los científicos han reconocido por muchos años una relación positiva entre el apoyo social y la salud (Stewart 1989). El apoyo social ha sido definido en la literatura como la asistencia y protección dada por otros especialmente de manera individual

(Shumaker & Brownell 1984, Wortman & Dunkel-Schetter 1987). La asistencia puede ser tangible como la ayuda financiera, o intangible como el apoyo emocional. La protección puede presentarse al proteger a la persona de efectos adversos del estrés (Casel 1976, Cobb 1976, Sarason & Sarason 1985).

Efectos del Apoyo Social sobre la salud y la enfermedad.

Desde una perspectiva epidemiológica, Cassel, citado por Norbeck, 1981, se cuestionó si los factores ambientales pudieran cambiar la resistencia humana a agentes ambientales de enfermedad. Después de revisar estudios en individuos, concluyó que los cambios en el ambiente social actúan como factores predisponentes que aumentan la susceptibilidad para la enfermedad. El mecanismo particular postulado para el incremento de la susceptibilidad del organismo radica en que los cambios en el ambiente social conducen a alteraciones del balance neuroendócrino. Cassel especuló que si el individuo era privado del contacto social significativo, los individuos no reciben retroalimentación adecuada. Además, las propiedades de la persona como las variables demográficas, tales como la edad, sexo, estado civil, religión y la cultura, influyen en la medida en que el apoyo social puede ser necesitado por una persona, así como también cuánto puede ser transmitido por ellos. Norbeck postula que el apoyo emocional y tangible representan un factor importante para que los individuos se mantengan motivados para emprender acciones en favor del cuidado de su salud.

Atributos de Apoyo social

La literatura revisada evidencia la existencia de cuatro tipos de atributos de apoyo social, donde los investigadores sugieren que todos los atributos de apoyo pueden ser aplicados o estudiados. Estos atributos de apoyo social son emocionales, instrumentales, informativos y evaluativos.

Apoyo Emocional

El apoyo emocional involucra la provisión de cuidado, empatía, amor y confianza, (House y cols. 1981) también refiere el apoyo emocional como la categoría más importante a través del cual el apoyo percibido es llevado a otros. Gottlieb (1978) reporta que cuando los actos de apoyo son descritos, los actos emocionales sobrepasan todo tipo de apoyo. Kahn & Antonucci en 1980 y después Norbeck y cols. en 1981 describen el componente de apoyo emocional como una asistencia efectiva. Una transacción afectiva es representada por alguien que imparte admiración, respeto y amor.

Apoyo Instrumental

House en 1981 y Tilden & Weinert en 1987, definen el apoyo instrumental como la provisión de beneficios y servicios tangibles, o ayuda material (Cohen & Mckay, 1984). Aunque la provisión de apoyo instrumental puede sugerir cuidado y amor para un individuo, esto es distinguible del apoyo emocional. La ayuda tangible se define como la asistencia concreta, por ejemplo, dar asistencia financiera o desempeñar un trabajo asignado a otros.

Stewart (1989) refiere que la mayoría de los resultados de apoyo social pueden ser asumidos bajo el rubrico general de conductas o estados de salud positivos, cita ejemplos donde el apoyo social disminuye el estado de depresión, aumenta la capacidad de competencia personal en tiempos de tensión, produce un afecto positivo, sentido de estabilidad, reconocimiento de personalidad (Cohen, 1988) y satisfacción por la vida ó bienestar psicológico. De acuerdo a Stewart, solamente tres instrumentos sociales de apoyo desarrollados por investigadores de enfermería tienen adecuada estimación de validez y confiabilidad. Estos son el Inventario de Relación Interpersonal (IPRI) (Tilden y cols., 1985); el Cuestionario Personal de Recursos (PRQ) (Brand & Weinert, 1981); y el Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ) (Norbeck, 1981). El PRQ y NSSQ, miden dos de los cuatro atributos críticos de apoyo social: emocional (afecto), instrumental

(ayuda). El apoyo informativo y evaluativo no son medidos por estos instrumentos. Además de dirigir tres de los cuatro atributos definidos de apoyo social, el NSSQ mide la cantidad de apoyo percibido por la persona.

Fuentes de Apoyo

El tipo de apoyo brindado puede variar de acuerdo a la fuente. Las tres fuentes de apoyo social más frecuentemente medidas por instrumentos de enfermería son la familia, los amigos y el esposo (Stewart, 1989). Norbeck (1982), realizó un estudio con el propósito de adquirir datos normativos sobre los reportes del apoyo social percibido a través del NSSQ en 136 trabajadores adultos en una gran universidad médica, además de validar el constructo de las mediciones de apoyo social en el instrumento, examinando las correlaciones entre subescalas y composición de variables y constructos interpersonales hasta ser relatados (necesidades de inclusión, necesidades de afección) y sobrerelatados (necesidades de control para apoyo social. El promedio de puntaje por persona fue para afecto: 4.02 (bastante), afirmación 3.71 (moderadamente a bastante), ayuda 3.56 (moderadamente a bastante) duración de las relaciones 4.40 (2 a 5 años) y frecuencia de contacto 3.65 (meses a semanas). Respecto a las fuentes de apoyo reportadas por la mayoría de los sujetos fue la familia o relativos con un 97.1 por ciento y la categoría de amigos con un 94.1 por ciento de los sujetos, contrario a esto aproximadamente el 90 por ciento de los sujetos no enlistaron a algún proveedor de cuidado de salud, terapeuta, proveedor espiritual (ministro, presbítero o rabino).

Carmona (1998) al estudiar la relación de influencias interpersonales con estilos de vida reportó que un 12 por ciento de los sujetos recibió apoyo del esposo o compañero, un 66 por ciento de otros familiares, 14 por ciento de los amigos y un 8 por ciento de los vecinos.

Respecto a la pérdida del apoyo social reportó que la pérdida en adultos fue de los amigos con un 27.1 por ciento, los familiares un 21.8 por ciento y pérdida del cónyuge o pareja un 8.3 por ciento; la cantidad de la pérdida fue en un promedio de .80 en un rango de 0-nada a 4-mucho.

2.4.2 Estilo de Vida

La evidencia creciente al respecto indica que hay un gran número de individuos que pueden mantener y aumentar su nivel de bienestar previniendo la llegada temprana de problemas discapacitantes a través de programas que promueven el mejoramiento de la salud a través del estilo de vida (Pender, 1996). Los estilos de vida promotores de salud se definen como un patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar su nivel de bienestar, autoactualización y satisfacción de sus necesidades personales (Walker, Pender, 1987). Los estilos de vida se establecen desde la infancia y van cambiando según los intereses, necesidades personales y grupales, actividades laborales y de los cambios que ocurren en cada etapa del desarrollo.

La actuación preventiva del personal de salud en individuos de alto riesgo puede tomar dos formas: reducir el nivel de exposición de una causa o proteger contra los efectos de la exposición, con el fin de evitar sus complicaciones (Rose, 1995), así es de gran interés modificar el estilo de vida en pacientes con comportamientos específicos que se saben afectan el curso de la enfermedad y pueden desarrollar complicaciones como lo son los pacientes diabéticos quienes al no cuidar su alimentación, realizar ejercicio y no controlar su estrés se altera el control metabólico y desarrollan complicaciones como la nefropatía, retinopatía diabética, neuropatía periférica (Hall, Redding, 1990). De acuerdo a la Secretaría de Salud (1995), Norma Técnica 157 para la prevención y control de la

diabetes mellitus, el tratamiento de ésta enfermedad debe incluir dieta, ejercicio físico y fármacos.

El ejercicio se define generalmente como una actividad física de tiempo libre, sin embargo otro término ha sido presentado recientemente , y es el estilo de vida ejercitante. El estilo de vida ejercitante se caracteriza como una integración de numerosas cantidades de pequeños ejercicios dentro de la vida diaria, el adquirir el objetivo de un ejercicio regular depende en gran parte de las fuentes de motivación social y personal dentro de un ambiente diario de la persona, inicialmente los hábitos del ejercicio pueden producir otras conductas saludables tales como cambios en la dieta, en los hábitos de fumar y en la adopción de métodos más efectivos para manejar la tensión, además los altos niveles de actividad en individuos con sobre peso pueden disminuir los niveles de insulina y aumentar la tolerancia a la glucosa en poco tiempo (Pender, 1996).

Acevedo (1997) al estudiar la relación de conducta previa de ejercicio con los beneficios, barreras, autoeficacia y afectos específicos de la conducta, donde encontró índice de conducta previa de 37 en escala de 0 a 100, la correlación de las variables no resultó ser significativa lo que concluye podría ser explicado por la simplicidad del ejercicio reportado. De el estilo de vida ejercicio el 50% indicó realizar algún tipo de ejercicio.

Dishman referido por Pender (1996) sumaron las determinantes potenciales de permanencia de los adultos en un programa de ejercicio para adultos, tales como las determinantes personales de participación de programas anteriores, de estar en riesgo de enfermedad cardiaca coronaria, en percibir la salud en forma de bienestar, la automotivación y el tener las habilidades conductuales necesarias. Alcanzar algunas determinantes ambientales importantes fueron identificadas como lo son el apoyo del cónyuge, el tiempo percibido disponible y el acceso a las instalaciones. Algunos elementos que predijeron de manera importante el mantenimiento de ejercicio espontáneo fueron un alto nivel de educación, el apoyo familiar y las influencias

positivas de los compañeros de trabajo. Respecto a esto Brunner y Suddarth (1987) y la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 1994) refieren que la obesidad es un factor que caracteriza a la diabetes tipo 2, lo cual dificulta aún más la práctica de este estilo de vida. Langarica (1987) indica que uno de los factores importantes para el desarrollo de ejercicio es la edad, ya que un individuo que se encuentra en proceso de envejecimiento presenta mas limitantes para la práctica del ejercicio.

El estrés acompaña a los seres humanos desde su nacimiento y puede acumularse peligrosamente en ciertos entornos donde puede causar enfermedades o alteraciones funcionales en los individuos. La intensidad del estrés alcanza su punto máximo en las grandes concentraciones humanas o en los trabajos peligrosos. El estrés siendo acompañante inseparable de las personas acompaña también a las que tienen diabetes, el personal de salud al cuidado de las personas con diabetes frecuentemente escucha historias de algunos de ellos que han sufrido descompensaciones durante períodos estresantes de su vida, y sus causas pueden variar e incluir dolor, problemas familiares, presiones de trabajo o económicas, emociones, deshidratación, fiebre, accidentes, infección, enfermedades intercurrentes y también hipoglucemia. El no controlar el estrés puede ser perjudicial particularmente cuando se prolonga demasiado o sobrepasa la capacidad de control del individuo y puede causar serios problemas como elevar la presión arterial o elevaciones de la glucemia rápidamente corregibles, hasta descompensaciones graves que requieren de modificaciones substanciales en el tratamiento o un tratamiento de emergencia (García, 1993).

Se ha demostrado el efecto del apoyo social en una variedad de resultados de salud, varios investigadores han reportado que el apoyo social tiene un efecto amortiguador en el estrés de vida en relación a la angustia psicológica (Berkman y Syme, 1979; Gore, 1978; Wilcox, 1981). Norbeck en 1982 aplicó el NSSQ para probar su validez predictiva en una muestra de 53 estudiantes de postgrado para valorar el efecto amortiguador del apoyo social en las medidas de estado de ánimo negativo después del

estrés de vida, donde las subescalas de apoyo funcional explicaron el 19 por ciento de la varianza en el estado de ánimo negativo. La interacción del estrés de vida y el apoyo tangible fue significativa y explicó el 13.2 por ciento de la varianza.

Los patrones de alimentación actuales de los clientes deben ser evaluados, los patrones de alimentación pobre, de obesidad y de mal nutrición ocurren en todas las clases socioeconómicas, además los factores de riesgo dietético para las enfermedades crónicas están distribuidos en toda la población americana. Las dietas altas en grasas contribuyen al riesgo general de CHD incrementándose aún más en pacientes con diabetes mellitus (Rose, 1995). Por su parte, Pressat (1983) refiere que el nivel socioeconómico determina la cobertura de las necesidades del individuo, motivo por el cual un diabético de condición socioeconómicamente baja percibe más limitantes para llevar un régimen alimenticio, sobre todo si nunca ha intentado modificar su alimentación.

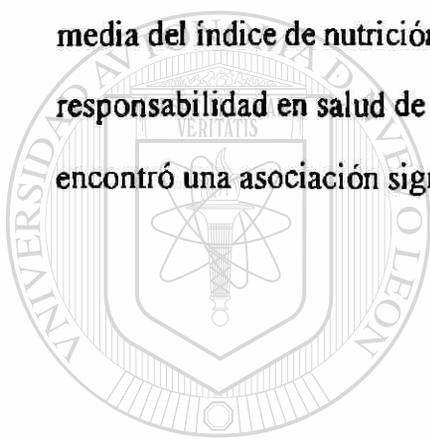
Respecto a el Estilo de Vida Díaz (1982) señala que para el individuo es más fácil realizar acciones que no implican gran cantidad de esfuerzo, como lo son las relaciones interpersonales, a las que implican un esfuerzo mayor como lo es el ejercicio y la autoactualización.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Colli (1996) indica que el apoyo interpersonal en el adulto mayor va disminuyendo a causa de la pérdida del compañero, amigos, los cambios en la familia, la pérdida de apoyo social desmotiva al individuo por lo que incrementa su inactividad física y su interés por cuidar su salud. La autoresponsabilidad es un requerimiento universal para mantener y mejorar la salud y la vida. La manera en que esta tarea se realiza determina la calidad de vida experimentada y tiene un impacto importante sobre la longevidad de la vida. (Salazar, 1996), el soporte interpersonal es el sentimiento de pertenecer, ser aceptado y necesitado por uno mismo, el soporte se provee a cualquier individuo por un grupo específico, un sistema de soporte social es el conjunto de

contactos personales por medio del cual un individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, asistencia material, información, servicios y hace contactos sociales nuevos. Finalmente estudios relacionados donde se aplican los estilos de vida en diferentes poblaciones, Salazar aplicó el PEPS en mujeres adultas sanas y encontró el índice de autoactualización de 29, responsabilidad en salud de 18, ejercicio de 12, nutrición de 21, soporte interpersonal de 27.7y manejo del estrés de 18. Con un de índice promedio total de 21.06.

Por su parte Carmona (1998) al estudiar a 50 diabéticos, estos presentaron una media del índice de nutrición de 41.37, índice de ejercicio del 19.37 e índice de responsabilidad en salud de 34. Al relacionar el apoyo social con el estilo de vida encontró una asociación significativa con una $p < .05$.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Diseño del Estudio

El estudio fue de tipo Descriptivo y Correlacional (Polit & Hungler, 1997).

3.2 Población

La población de interés para este estudio la constituyeron hombres y mujeres con diagnóstico de Diabetes tipo 2 que acuden al programa de control de enfermedades crónico degenerativas en las unidades de salud de primer nivel de atención del municipio de Guadalupe, Nuevo León.

3.3 Universo y Muestra

El Universo del estudio estuvo constituido por 510 sujetos registrados en las 20 unidades de salud, que pertenecen al Programa UNI-UANL y a la Secretaría Estatal de Salud, ubicadas en el municipio de Guadalupe, Nuevo León. El tipo de muestreo fue probabilístico en la serie del tiempo, la muestra fue obtenida con un límite de error estimación de .05 y nivel de confianza de .95 %, estuvo constituida por 227 sujetos.

3.4 Criterios de Inclusión

Pacientes diabéticos tipo 2 de ambos sexos registrados en el programa crónico degenerativo de la unidad de salud.

3.5 Material

Para la aplicación del estudio se utilizaron 4 instrumentos:

- **Factores personales biológicos y Sociocultural (FPB)** La medición de factores personales biológicos a través de las preguntas: Edad, sexo, peso, talla, medición del IMC, Hb A1c. Para el factor personal sociocultural se midió a través de la variable escolaridad.
- **Conducta Previa de Estilos de Vida (CPEV):** La medición de experiencias previas, a través de un instrumento elaborado por la autora bajo el marco conceptual del Modelo revisado de Promoción de la Salud (Pender, 1996) y de la Operacionalización de variables, compuesto de 19 preguntas de las cuales 11 tiene para respuesta una escala de 4 puntos que son: nunca, algunas veces, frecuentemente, y rutinariamente, cuenta con 6 subescalas, la subescala de autoactualización y responsabilidad en salud tienen un valor mínimo de 3 y un máximo de 12, soporte interpersonal valor mínimo de 2 y máximo de 8 , con estas subescalas se formaron índices con un valor de 0 a 100 donde a mayor valor indica mayor conducta previa de estilo de vida, la medición de nutrición, ejercicio y manejo del estrés solo se miden con un reactivo en el proceso estadístico. (Apéndice A).
- **Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ):** Elaborado por Norbeck (1981) bajo el Marco conceptual de Kahn y Antonucci. Este formato consiste en una serie de páginas que son visualmente alineadas con los nombres de sujetos significativos en la vida de la persona que responde, considerando todas las personas que proveen apoyo personal para el sujeto ó son de importancia para él actualmente.

El NSSQ presenta cuatro preguntas para medir apoyo emocional y cuatro ítems para apoyo tangible, además de medir la frecuencia del apoyo, duración del apoyo y la pérdida del apoyo percibido (Apéndice C).

Estos instrumentos han sido probados con sujetos adultos de 45 a 64 años de edad. La prueba de confiabilidad del test - retest en un intervalo de nueve meses presentó desde .56 (apoyo tangible), a .68 (apoyo emocional). La prueba de confiabilidad del retest para fuentes de apoyo emocional presentó desde .08 (amigo) a .75 (cónyuge). La consistencia interna para el apoyo emocional e informativo fue .81 y para el apoyo tangible .31. Carmona (1998) en un estudio en diabéticos tipo 2 obtuvo en el instrumento un alpha de Cronbach de .97.

- **Perfil de Promoción de la Salud del Estilo de Vida (HPLP)** Diseñado por Pender (1987), el cual ha sido aplicado a diversas poblaciones, el instrumento se compone de 48 ítems con un formato de respuestas en escala con 4 opciones que van desde Nunca (N), algunas veces (V), Frecuentemente (F) y rutinariamente (R) de las cuales el sujeto de estudio pudo elegir la respuesta de acuerdo a su realidad actual, se divide en seis subescalas: autoactualización con 13 ítems y tiene un valor mínimo de 13 y máximo de 52; responsabilidad en salud con 10 ítems, mínimo de 10 y máximo de 40; ejercicio con 5 ítems, mínimo de 5 y máximo de 20; nutrición con 6 ítems, valor mínimo de 6 y máximo de 24; Soporte interpersonal con 7 ítems, valor mínimo de 7 y máximo de 28; y manejo del estrés con 7 ítems, mínimo de 7 y máximo de 28; para el proceso estadístico se formularon índices con un valor de 0 a 100 donde a mayor índice representa un mejor estilo de vida (Apéndice D)

Salazar (1996) en el estudio Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia, aplicó el instrumento a madres de familia de estrato económico alto y marginal , donde obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach para cada uno de los estilos de vida con un rango de .82 a .94, la escala total obtuvo un alfa de .94. Rodríguez (1996) en el estudio Conocimientos y percepciones de salud de adultos jóvenes en relación con su estilo de vida, aplicó el mismo instrumento con un promedio de alfa de Cronbach de .76 para la escala total en el grupo de ciencias de la salud y un promedio de .77 en la aplicación a los estudiantes de Ingeniería y ciencias.

3.6 Procedimiento

Se solicitó autorización al Comité de Etica de la Facultad de Enfermería para el desarrollo del presente estudio. Se realizó una prueba piloto con 30 sujetos para valorar la consistencia interna de los instrumentos, para lo cual se solicitó autorización a las autoridades correspondientes de la Institución de Salud para la selección de pacientes a través de los registros en cada unidad de salud. Posteriormente se visitó a los sujetos de estudio en su domicilio en horario matutino y vespertino, se explicó el objetivo de el estudio y se solicitó su autorización, el sujeto quedó en libertad de aceptar o negarse a participar en el estudio, la autora del estudio aplicó los instrumentos, el tiempo invertido al aplicar los instrumentos fue de 25 minutos.

Para la toma de peso se utilizó una báscula de baño, calibrada; para la medición de talla se utilizó cinta métrica tomando en cuenta lo señalado por Vargas y Casillas (1993) para la medición correcta, los resultados fueron proporcionados al sujeto de estudio.

Para el examen de hemoglobina glicosilada, se tomó la muestra a través de punción venosa al paciente en su domicilio, la muestra fue de 3 cc aplicado a un tubo de ensayo preparado con solución anticoagulante, se mezcló levemente y se conservó en un

recipiente con conservador para una Temperatura de 2 a 8 Centígrados, las muestras fueron llevadas a laboratorio en el mismo día para su proceso realizado en reactivos de cartucho DCA 2000 para Hb A1c, en el aparato analizador DCA 2000. Se indicó al sujeto que acudiera una semana después a su unidad de salud por su resultado, donde le explicaron su estado actual sin costo alguno. Durante la entrevista surgieron dudas respecto al tratamiento y sintomatología, las cuales se respondieron de la manera mas acertada por la autora del estudio.

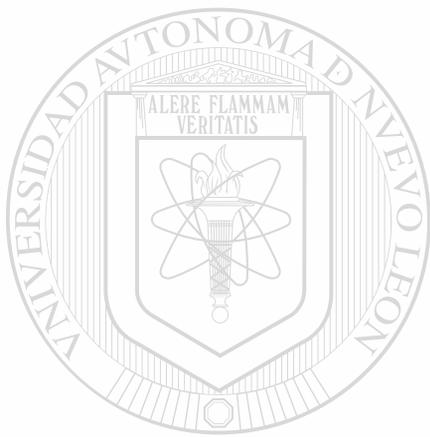
3.7 Análisis de Datos

Los datos se procesaron a través del programa estadístico SPSS/Win (Statistical Package for the Social Sciences for Windows). Se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviación estándar). Se elaboraron índices con valor de 0-100 para las subescalas del Instrumento Conducta Previa de estilos de Vida, así como para la Escala Perfil de Estilos de Vida (Pender, 1996). Se obtuvieron promedios para las subescalas del Instrumento de Apoyo Social (Apoyo emocional y Apoyo Tangible). Para la estadística inferencial se aplicaron las pruebas Kruskal-Wallis y Análisis de Regresión. Para la presentación de los datos se utilizó el Procesador de Textos Microsoft Word V7.0, así como Power Point V7.0

3.8 Etica del Estudio

La aplicación del presente estudio fue de riesgo mínimo de acuerdo a lo señalado por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título II, capítulo 1, artículos 15, 16 y 17 fracción II (Secretaría de Salud, 1987). Se solicitó la autorización verbal de los sujetos seleccionados para la participación voluntaria en la investigación, se explicó el objetivo del estudio indicando que su intervención se mantendrá en el anonimato y confidencialidad. El sujeto de estudio quedó en libertad de aceptar o rechazar su participación, así como el momento en que desee desertar del

estudio. Se informó a los sujetos de asistir a la unidad de salud para obtener su resultados de la prueba de hemoglobina glicosilada donde el encargado del programa de enfermedades crónico degenerativas proporcionaría la atención y en caso de ser requerido, su reingreso al programa.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO IV

RESULTADOS

En primer lugar, se presentan los resultados de Consistencia Interna de los Instrumentos aplicados en la población de estudio, en segundo lugar datos descriptivos que corresponden a Conducta Previa de Estilo de Vida, Factor Personal Biológico y Sociocultural, se describe el Apoyo Social percibido y el Estilo de Vida del paciente diabético tipo 2 y en tercer lugar se presenta la prueba de hipótesis a través de estadística inferencial .

4.1 Consistencia Interna

Tabla 1
Consistencia Interna del Instrumento Conducta Previa de Estilos de Vida Aplicado a Pacientes Diabéticos Tipo 2

Indices	Preguntas	Alpha de Cronbach
Conducta Previa		
Conducta previa de Responsabilidad en salud	12,13,14	.4106
Conducta previa de Autoactualización	15,16,17	.9078
Conducta previa de Soporte interpersonal	18,19	.7285
Conducta previa de Estilos de Vida	1,6,9,12..19	.7927

Fuente: CPEV

n= 227

La congruencia obtenida en la escala total de conducta previa fue de .7927, la cual se considera aceptable por ser la primera vez que se aplica (Polit, 1997). La subescala mas baja fue para conducta previa de responsabilidad en salud con un alpha de Cronbach de .4106 y la subescala más alta la presentó la conducta previa de autoactualización con un alpha de Cronbach de .9078. De los estilos de vida Nutrición, ejercicio y manejo del estrés solo se aplicó un ítem.

Tabla 2
Consistencia Interna del Instrumento Apoyo Social Aplicado
a Pacientes Diabéticos Tipo 2

Indices	Preguntas	Alpha de Cronbach
Apoyo Emocional	1,2,3,4	.9854
Apoyo Tangible	5,6	.7225
Escala Total	1-6	.8717

Fuente: NSSQ

n=227

La Escala de Apoyo social presentó una consistencia interna de .8717, no así las subescalas de apoyo emocional con un alpha de Cronbach de .9854, apoyo tangible con .7225.

Tabla 3
Consistencia Interna del Instrumento Estilos de Vida Aplicado
a Pacientes Diabéticos Tipo 2

Indices	Preguntas	Alpha de Cronbach
Autoactualización	3,8,9,12,17,21,23,29,34,37,44,48	.8548
Responsabilidad en Salud	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46	.7011
Ejercicio	4,13,22,30,38	.7813
Nutrición	1,5,14,19,26,35	.5336
Soporte Interpersonal	10,18,24,25,31,39,47	.8413
Manejo del Estrés	6,11,27,36,40,41,45	.6740
Escala Total	1-48	.9011

Fuente: PEPS

n=227

La Escala total de Estilos de Vida presentó un alpha de Cronbach de .9011, la subescala más alta fue para autoactualización con .8548 y la más baja para nutrición con un alpha de Cronbach de .5336.

4.2 Estadística Descriptiva

Conducta Previa

Tabla 4
Conducta Previa de Estilo de Vida Nutrición del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa	Frecuencia	Porcentaje
Antes de su diabetes modificó su alimentación		
Nunca	184	81.1
Algunas Veces	21	9.2
Frecuentemente	14	6.2
Rutinariamente	8	3.5
Razón por la que modificó su alimentación		
Beneficio de su salud	12	5.2
Disminuir de peso	26	11.5
Problemas digestivos	5	2.2
No modificó su alimentación	184	81.1
Qué resultados obtuvo		
Positivos	39	17.1
Negativos	4	1.8
No modificó su alimentación	184	81.1
Explique		
Se sintió mejor	8	3.5
Me senti mal (baja azúcar)	10	4.4
Mejoró metabolismo	5	2.2
Disminución de peso	20	8.8
No modificó su alimentación	184	81.1
Dificultades para modificar su alimentación		
Económico	14	6.2
Fuerza de voluntad	17	7.4
Ocupación	2	.9
Ninguna	10	4.4
No modificó su alimentación	184	81.1

Fuente: CPEV

n=227

En la tabla 4 se puede observar que un 18.9 por ciento de la población modificó su alimentación antes de ser diagnosticado con Diabetes, y de éstos solo un 3.5 por ciento lo realizó de manera rutinaria, las razones por las que modificó su alimentación fueron para disminuir de peso en un 11.5 por ciento, el 17.1 por ciento obtuvo resultados positivos ya que un 8.8 por ciento logró disminuir de peso, las dificultades

que mas se presentan para modificar su alimentación son por aspectos económicos en un 6.2 por ciento y la falta de fuerza de voluntad un 7.4 por ciento.

Tabla 5
Conducta Previa de Estilo de Vida Ejercicio del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa	Frecuencia	Porcentaje
Antes de su diabetes realizó ejercicio físico		
Nunca	143	63.0
Algunas Veces	21	9.2
Frecuentemente	24	10.6
Rutinariamente	39	17.2
Tipo de ejercicio que realizó		
Caminar	69	30.4
Trotar	6	2.6
Futbol, beisbol	5	2.2
Bicicleta	4	1.8
Nunca realizó ejercicio	143	63.0
Tiempo de practicar ejercicio		
Semanas	2	.9
Meses	28	12.3
Años	54	23.8
Nunca realizó ejercicio	143	63.0
Como se sintió		
Más ágil, mas movilidad	84	37.0
Nunca realizó ejercicio	143	63.0

Fuente: CPEV

n=227

Respecto a si realizaron ejercicio antes de su diagnóstico de diabetes, un 63.0 por ciento refirió que nunca y un 17.2 por ciento rutinariamente, el tipo de ejercicio que mas practicaron fue caminar en un 30.4 por ciento, un 23.8 por ciento de la población duró años practicando su ejercicio y el total de la población que lo practicó refirió obtener resultados positivos al sentirse mas ágil y con mas movilidad para realizar sus actividades.

Tabla 6
Conducta Previa de Estilo de Vida Manejo del Estrés
del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa	Frecuencia	Porcentaje
Ha utilizado métodos específicos para controlar sus preocupaciones		
Nunca	79	34.8
Algunas Veces	9	4.0
Frecuentemente	52	22.9
Rutinariamente	87	38.3
Métodos que ha utilizado		
Leer Biblia, hacer oración, rezar	47	20.7
Llorar, tejer	48	21.1
Caminar, platicar	27	11.9
Dormir	8	3.6
Fumar	3	1.3
Comer	5	2.2
Oír Música	7	3.1
Bañarse	3	1.3
No ha utilizado método	79	34.8
Que resultados ha tenido		
Positivos	143	63.0
Negativos	5	2.2
No ha utilizado método	79	34.8

Fuente: CPEV

n=227

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En la tabla 6 se muestra la población que ha utilizado métodos específicos para controlar sus preocupaciones, el 65.2 por ciento contestó afirmativamente y de éstos un 38.3 por ciento lo utiliza rutinariamente; el método que ellos utilizan para controlar su estrés es a través de hacer oración, leer la Biblia y rezar en un 20.7 por ciento, y llorar o tejer 21.1 por ciento de la población, a el 63 por ciento esto le da resultados positivos.

Tabla 7
Conducta Previa de Estilo de Vida de Responsabilidad en Salud,
Autoactualización y Soporte Interpersonal del Paciente Diabético Tipo 2

Estilo de Vida	Nunca		Algunas Veces		Frecuente mente		Rutinaria mente	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Responsabilidad en Salud								
Intentó saber su nivel de azúcar en sangre	114	50.2	24	10.6	35	15.4	54	23.8
Comentó inquietudes respecto cuidado de su salud	69	30.4	28	12.3	62	27.3	68	30.0
Ha asistido a programas educativos en diabetes	96	42.3	44	19.4	43	18.9	44	19.4
Autoactualización								
Anteriormente se ha propuesto metas en su vida	72	31.7	22	9.7	94	41.4	39	17.2
Ha cumplido las metas que se propone	72	31.7	82	36.2	57	25.1	16	7.0
Las metas que se propone son fáciles de cumplir	72	31.8	96	42.2	47	20.7	12	5.3
Soporte interpersonal								
Ha platicado con personas allegadas a ud. sus preocupaciones o problemas personales	49	21.6	31	13.7	60	26.4	87	38.3
Le gusta comunicarse con otras personas	14	6.2	35	15.4	66	29.1	112	49.3

Fuente: CPEV

n=227

Respecto a la conducta previa de estilos de vida, en responsabilidad en salud un 50.2 por ciento mencionó que nunca intentó antes saber su nivel de azúcar en sangre y un 23.8 por ciento lo realiza de manera rutinaria, un 30.4 por ciento nunca comentó sus inquietudes respecto al cuidado de su salud, un 12.3 por ciento lo realizó solo algunas veces, un 42.3 por ciento nunca ha asistido a algún grupo educativo para diabetes, y 19.4 por ciento lo ha hecho algunas veces ó rutinariamente.

De la conducta previa de autoactualización un 68.3 por ciento se ha propuesto metas en su vida de los cuales un 41.4 por ciento indicó que frecuentemente lo ha hecho, un 36.2 por ciento refirió que las metas que se propone algunas veces las ha cumplido, y

para un 42.2 por ciento de la población las metas que se propone algunas veces son fáciles de cumplir.

En la conducta previa de soporte interpersonal un 78.4 por ciento ha platicado con personas allegadas a él sobre sus preocupaciones o problemas personales y de éstos un 38.3 por ciento lo hace de manera rutinaria, un 49.3 por ciento indicó que rutinariamente le gusta comunicarse con otras personas.

Factor Personal Biológico y Sociocultural

Tabla 8

Factores Personales Biológicos y Sociocultural del Paciente Diabético Tipo 2

Factores Personales Biológicos	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
35 a 44 años	22	9.7
45 a 64 años	140	61.7
65 a más	65	28.6
Sexo		
Masculino	53	23.3
Femenino	174	76.7
IMC		
Intervalo Aceptable	76	33.5
Sobrepeso	91	40.1
Sugestivo de Obesidad	60	26.4
Hemoglobina Glicosilada		
Cifras normales	93	41.0
Cifras de hipoglicemia	11	4.8
Cifras de hiperglicemia	123	54.2
Escolaridad		
Sin escolaridad	46	20.2
Primaria incompleta/completa	156	68.8
Secundaria incompleta/completa	10	4.4
Técnico ó Preparatoria	9	4.0
Profesional	6	2.6

Fuente: FPB

n=227

De los factores personales biológicos estudiados se presentó un mayor porcentaje en la edad de 45 a 64 años con un 61.7 por ciento, un 76.7 por ciento es del sexo femenino, respecto a el índice de masa corporal un 40.1 por ciento se encuentra en estado de sobrepeso y un 26.4 por ciento sugestivo de obesidad, el indicador de

hemoglobina glicosilada mostró que un 54.2 por ciento se encuentra con cifras de hiperglicemia y un 41 por ciento en cifras normales. Un 68.8 por ciento de la población estudió primaria incompleta ó completa

Apoyo Social

Tabla 9

Apoyo Emocional y Tangible del Paciente Diabético Tipo 2

Indice	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	Desv. Estándar	K-SZ	p
Apoyo Emocional	.375	4.750	3.297	3.500	.756	2.7143	.000
Apoyo Tangible	.800	4.500	2.825	3.000	.819	1.6363	.009

Fuente: NSSQ

n=227

Respecto a el Apoyo Social percibido por el paciente con Diabetes tipo 2, el apoyo emocional presentó una media de 3.297, mayor al apoyo tangible con una media de 2.825

Las subescalas del Instrumento Apoyo Social muestran un $\alpha < .05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula de normalidad, y por lo tanto se transformaron las variables a través de la Raíz cuadrada, para poder aplicar la estadística inferencial.

Tabla 10

Pérdida del Apoyo en el Paciente Diabético Tipo 2

Pérdida del Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida en el último año		
No	198	87.3
Si	29	12.7
Categoría de la pérdida		
Ninguna	198	87.3
Esposo	1	.4
Hijo(a)	11	4.8
Amigos	2	.9
Compañeros	2	.9
Hermanos	2	.9
Padres	9	4.0
Yerno,nuera	1	.4
Nieto	1	.4
Cantidad de la pérdida		
No ha tenido pérdida	198	87.3
Poco	1	.4
Moderadamente	2	.8
Bastante	4	1.8
Mucho	22	9.7

Fuente NSSQ

n=227

Un 12.7 por ciento de los sujetos de estudio mencionaron haber tenido alguna pérdida importante en el último año, de los cuales un 4.8 por ciento indicó haber perdido a los hijos, y un 4 por ciento a los padres. Respecto a la cantidad de apoyo perdido un 9.7 por ciento refirió en términos de mucho la pérdida de apoyo.

Estilo de Vida

Tabla 11
Indices de Escala de Estilos de Vida en el Paciente Diabético Tipo 2

Índice	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	Desv. Estándar	K-SZ	p
Autoactualización	20.51	100	72.15	74.35	16.989	1.55	.016
Responsabilidad en Salud	3.33	90.0	51.24	53.33	17.470	1.46	.026
Ejercicio	0.00	86.66	20.41	6.66	25.090	3.70	.000
Nutrición	5.55	100.0	60.69	66.66	16.517	2.35	.000
Soporte Interpersonal	9.52	100.0	70.63	76.19	21.134	1.85	.002
Manejo del estrés	14.28	100.0	69.35	71.42	19.205	1.94	.001

Fuente: PEPS

n=227

En la tabla 11 se representan las medias obtenidas en los índices de la escala de Estilos de Vida, la subescala con mayor índice fue para autoactualización con una media de 72.15 y la subescala con menor índice fue para ejercicio con una media de 20.41.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los resultados de la tabla muestran que las subescalas del instrumento Estilos de vida presentaron una distribución no normal, por lo que se rechaza la hipótesis nula de normalidad con un $\alpha < .05$, por lo tanto para el proceso estadístico de análisis de regresión se transformaron las variables a través de raíz cuadrada.

A continuación se presentan los resultados para la prueba de hipótesis.

4.3 Estadística Inferencial

Prueba de Hipótesis

Hi 1 La conducta previa tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente

Diabético tipo 2.

Tabla 12
Prueba de Kruskal-Wallis efecto de la Conducta Previa en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Estilo de Vida	DF	χ^2	Valor de p
Ejercicio	3	94.64	.000
Nutrición	3	.6332	.888
Manejo del Estrés	3	92.33	.000

Fuente: CPEV y PEPS

n= 227

Los resultados obtenidos al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis para medir el efecto de conducta previa con estilo de vida este fue significativo en el ejercicio con una (χ^2 de 94.64 y p=.000) y en manejo del estrés (χ^2 de 94.33 y p=.000). La conducta previa de nutrición no mostró efecto significativo.

Tabla 13
Regresión Lineal Simple Efecto de la Conducta Previa en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Autoactualización	1	50.21	50.21	.1980	55.557	.000
Responsabilidad en salud	1	48.088	48.088	.1149	29.233	.000
Soporte Interpersonal	1	185.271	185.271	.4193	162.505	.000

Fuente: CPEV y PEPS

n= 227

En la tabla 13 se puede observar que la conducta previa de estilo de vida tiene efecto significativo sobre el estilo de Vida autoactualización con una variación explicada de 19 por ciento, en responsabilidad en salud con variación de 11 por ciento y soporte interpersonal con una variación explicada del 41 por ciento. En base a estos resultados se rechaza la hipótesis nula.

Hi2 Los factores personales biológicos se asocian con el desarrollo de estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Tabla 14
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Autoactualización	4	2.6946	.67365	.01063	.59611	.665
Responsabilidad en Salud	4	11.2246	2.8061	.02684	1.53069	.194
Ejercicio	4	24.1870	6.0467	.01021	.57260	.682
Nutrición	4	3.40129	.8503	.01131	.63507	.638
Soporte Interpersonal	4	11.5067	2.8766	.02605	1.48418	.207
Manejo del estrés	4	8.1452	2.0363	.02342	1.33074	.259

Fuente: FPB y PEPS

n= 227

Tabla 15
Regresión Lineal Simple Efecto del Estilo de Vida en Cifras de Hb A1c del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Índice de Estilo de Vida	1	1.69243	1.69243	.00370	.83456	.361
Residual	225	456.28563	2.02794			

Fuente: FPB y PEPS

n= 227

En la tabla 14, al relacionar el factor personal biológico con el estilo de vida no mostró efecto significativo con ninguna de las subescalas de estilos de vida, en la tabla 15 al relacionar la variable de hemoglobina glicosilada y estilo de vida no mostró un efecto significativo de las cifras de hemoglobina en el estilo de vida, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Hi3 Los factores personales biológicos tienen efecto sobre las influencias Interpersonales (apoyo social percibido) en el paciente diabético tipo 2.

Tabla 16
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico en el Apoyo Social del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Apoyo Emocional	4	.52423	.13106	.00963	.53943	.706
Apoyo Tangible	4	.13690	.03422	.00438	.24407	.913
Pérdida	4	.38326	.09582	.01561	.88032	.476
Categoría de pérdida	4	4.3365	1.08415	.02906	1.6610	.160
Cantidad de la pérdida	4	1.77856	.44464	.01938	1.09662	.3591

Fuente: FPB y NSSQ

n= 227

Los datos mostrados en la tabla 16 no presentaron efecto significativo de los factores personales biológicos sobre el apoyo social del paciente con diabetes tipo 2, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Hi4 Los factores personales biológicos y el apoyo social tienen efecto sobre el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Tabla 17
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Autoactualización	9	24.6814	2.7423	.09733	2.59991	.007
Responsabilidad en Salud	9	43.6365	4.8485	.10434	2.80885	.003
Ejercicio	9	229.1858	25.4651	.09676	2.58300	.007
Nutrición	9	31.2248	3.4694	.10386	2.79435	.004
Soporte Interpersonal	9	57.4755	6.3861	.13010	3.60588	.000
Manejo del estrés	9	63.2653	7.0294	.18187	5.36002	.000

Fuente: FPB, NSSQ y PEPS

n= 227

Al unir las variables de factor personal biológico y apoyo social en la regresión lineal múltiple, el modelo mostró efecto significativo sobre los índices de estilos de vida con una $p < .05$ y una variación explicada del 9 al 18 por ciento, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 18
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida Nutrición del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa y Apoyo social	B	Límite inferior	Límite superior	T	Valor de p
Edad	.0053	-.0089	.0196	.737	.461
Sexo	.1682	-.1845	.5209	.940	.348
IMC	.0236	-.0139	.0613	1.240	.216
Hb A1c	-.0505	-.1550	.0538	-.954	.340
Apoyo Emocional	.2708	-.1030	.6446	1.428	.154
Apoyo Tangible	.6824	.1950	1.1699	2.759	.006
Pérdida del Apoyo	-.5640	-2.1833	1.0553	-.686	.493
Categoría de la pérdida	.3461	-.1332	.8255	1.423	.156
Cantidad de la pérdida	-.0014	-.6904	.6876	-.004	.996
Constante	4.2565	2.1283	6.3846	3.942	.000

Fuente: FPB, NSSQ y PEPS

$R^2 = .10386$ $n=227$

La asociación mas significativa del modelo factor personal biológico con apoyo social en el estilo de vida nutrición, fue el apoyo tangible con una $F_{calc}=2.759$ $p=.006$ con una variación explicada del 10 por ciento.

Tabla 19
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida Ejercicio del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa y Apoyo social	B	Límite inferior	Límite superior	T	Valor de p
Edad	.0311	-.0090	.0713	1.526	.128
Sexo	.4351	-.5588	1.4290	.863	.389
IMC	.0276	-.0785	.1337	.513	.608
Hb A1c	.0857	-.2085	.3799	.574	.566
Apoyo Emocional	-1.0566	-2.1101	-.0031	-1.977	.049
Apoyo Tangible	1.3784	.0047	2.7521	1.978	.049
Pérdida del Apoyo	.1543	-4.4088	4.7175	.067	.946
Categoría de la pérdida	1.0753	-.2754	2.4261	1.569	.118
Cantidad de la pérdida	-.1893	-2.1310	1.7522	-.192	.847
Constante	-.646	-6.6437	5.3500	-.213	.831

Fuente: FPB, NSSQ y PEPS

$R^2 = .09676$ $n=227$

Al asociar el factor personal biológico y el apoyo social con el estilo de vida ejercicio, los resultados mostraron un efecto significativo mayor de el apoyo emocional y el apoyo tangible percibido por el paciente con diabetes tipo 2 con una variación explicada del 9 por ciento.

Tabla 20
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Factor Personal Biológico y el Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Conducta Previa y Apoyo socia	B	Límite inferior	Límite superior	T	Valor de p
Edad	.0019	-.0083	.0123	.381	.703
Sexo	-.01794	-.2736	.2377	-.138	.890
IMC	.0010	-.0262	.0284	.079	.937
Hb A1c	-.0354	-.1111	.0402	-.922	.357
Apoyo Emocional	.4646	.1935	.7356	3.379	.000
Apoyo Tangible	.2605	-.0928	.6140	1.453	.147
Pérdida del Apoyo	-1.1928	-2.3668	-.0187	-2.002	.046
Categoría de la pérdida	.2971	-.0503	.6447	1.685	.093
Cantidad de la pérdida	.2810	-.2184	.7806	1.109	.268
Constante	5.6155	4.0727	7.1584	7.174	.000

Fuente: FPB, NSSQ y PEPS

$R^2 = .13913$ $n=227$

Los resultados arrojados en la tabla 20 muestran que el apoyo emocional fue el que mostró relación significativa con el estilo de vida del paciente con diabetes tipo 2 ($F_{calc}=3.379$ y $p=.000$), de igual manera la pérdida del apoyo ($F_{calc}= -2.002$ y $p=.046$) con una variación explicada del 13 por ciento.

Hi5 El factor personal sociocultural (Escolaridad) tiene efecto en el estilo de vida del paciente diabético tipo 2.

Tabla 21
Prueba de Kruskal-Wallis para la Escolaridad con el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Estilo de Vida	DF	χ^2	Valor de p
Autoactualización	4	9.7402	.045
Responsabilidad en Salud	4	5.8079	.214
Ejercicio	4	9.4696	.050
Nutrición	4	10.1361	.038
Soporte Interpersonal	4	10.6478	.030
Manejo del estrés	4	2.6894	.611

Mediana Variable Escolaridad: (1) Primaria inc/completa

$n=227$

Fuente: FPS y PEPS

Al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis para la relación del factor sociocultural escolaridad con el estilo de vida, se encontró efecto significativo sobre el índice de autoactualización, ejercicio, nutrición y soporte interpersonal con un $p<.05$. Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Hi6 El apoyo social percibido por el paciente diabético tipo 2 tiene efecto en el estilo de vida.

Tabla 22
Regresión Lineal Múltiple Efecto del Apoyo Social en el Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Índice	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	R ²	F Calc	p
Autoactualización	5	23.0041	4.6008	.0907	4.4099	.000
Responsabilidad en salud	5	34.6823	6.9364	.0829	3.9969	.001
Ejercicio	5	196.2423	39.2484	.0828	3.9929	.001
Nutrición	5	26.9093	5.3818	.0895	4.3449	.000
Soporte Interpersonal	5	44.7421	8.9484	.1012	4.9807	.000
Manejo del estrés	5	58.1141	11.6228	.1670	8.8656	.000

Fuente: NSSQ y PEPS

n=227

En la tabla se observa que el apoyo social tiene efecto significativo en cada una de las subescalas de estilo de vida del paciente diabético tipo 2, donde la subescala de manejo del estrés (F calc=8.86 p=.000) presenta una mayor variación explicada del 16 por ciento, las subescalas presentan una variación explicada del 5 al 16 por ciento. Por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 23
Análisis de Regresión Múltiple Efecto del Apoyo Social en el Índice de Estilo de Vida del Paciente Diabético Tipo 2

Apoyo Social	B	Límite inferior	Límite superior	T	Valor de p
Apoyo Emocional	.4723	.2051	.7394	3.485	.000
Apoyo Tangible	.2490	-.0991	.5972	1.410	.1601
Pérdida del apoyo	-1.1643	-2.3248	-.0038	-.977	.049
Categoría de la pérdida	.2853	-.0543	.6250	1.655	.099
Cantidad de la pérdida	.2750	-.204	.7705	1.094	.275
Constante	5.4325	4.5775	6.2875	12.522	.000

Fuente: NSSQ y PEPS

R² = .13476 n=227

Al aplicar el análisis de regresión para el modelo de apoyo social con estilo de vida los resultados mostraron un efecto significativo del apoyo emocional con p=.000, y la pérdida del apoyo p=.049, el modelo explica un 13 por ciento de variación.

CAPITULO V

DISCUSION

Respecto a la conducta previa los pacientes diabéticos señalaron haber realizado conductas promotoras de salud antes de haber sido diagnosticados como diabéticos, por lo que habían realizado cambios en su alimentación el 19.9 por ciento, ejercicio un 37 por ciento, responsabilidad en salud el 49.8 por ciento. Esto concuerda con lo reportado por Acevedo en relación a conducta previa de ejercicio ya que se encontró una media de 37 puntos, Pender (1996) señala que la conducta previa es un elemento que tiene efecto directo sobre el estilo de vida, de tal manera que las personas que han realizado modificaciones en sus conductas, antes de presentar un problema de salud que los obligue a cambiar sus estilos de vida, es muy probable que inicien y mantengan una conducta saludable.

Se encontró que en relación a la conducta previa de los estilos de vida como manejo del estrés, el 61.1 por ciento lo hace frecuentemente y rutinariamente y utilizan métodos como llorar y rezar para su manejo obteniendo resultados positivos en un 63 por ciento. En relación al soporte interpersonal el 87.6 por ciento refiere buscar la comunicación de sus problemas con personas allegadas para manejar esta conducta, y sentirse saludable, este estilo de vida lo realizaba antes de haber sido diagnosticado como diabético. Estos datos concuerdan con lo señalado por Díaz (1982) quien refiere que la cultura mexicana tiene aspectos permisibles a la mujer mas no para el hombre con respecto a manifestar sus emociones, temores y alegrías como formas de disminuir el estrés.

El índice de responsabilidad en salud obtuvo una media de 42.78, esto se refleja en un 50.2 por ciento de los diabéticos que nunca antes han intentado saber su nivel de azúcar en sangre, un 30.4 por ciento nunca comenta sus inquietudes respecto al cuidado de su salud y un 42.3 por ciento nunca han asistido a programas educativos en diabetes.

Respecto a el índice de autoactualización presentó una media de 39.10, un 68.3 por ciento de los pacientes indicaron que se han propuesto metas en su vida y solo un 7 por ciento las ha cumplido de forma rutinaria. Esto concuerda con lo señalado por Díaz quien indica que en el individuo es más fácil que realice actividades que no implica mucho esfuerzo físico y voluntad, como las relaciones interpersonales, y se realizan en menor cantidad las conductas que requieren de dedicación como la responsabilidad en salud y autoactualización.

En relación a los factores de tipo biológico en los pacientes diabéticos tipo 2 el 61.7 por ciento tiene una edad de 45 a 64 años, con una media de 58 años, el 66.5 por ciento tiene algún grado de sobrepeso u obesidad, además el 54.2 por ciento presentó cifras de hiperglicemia en el estudio de hemoglobina glicosilada. Estos datos coinciden con lo reportado por Acevedo (1997) quien encontró en mujeres adultas diabéticas un 78.3 por ciento en grado de sobrepeso u obesidad y 90 por ciento con cifras de hiperglicemia.

El Apoyo social se distingue por el apoyo emocional, el tangible, la pérdida de apoyo, cantidad de apoyo y categoría de la pérdida, en este estudio el apoyo emocional mostró una media de 3.297 la cual fue mayor al apoyo tangible con una media de 2.285, lo cual es similar a lo reportado por Norbeck en 1982 quien al estudiar a trabajadores adultos encontró un promedio de apoyo emocional de 4.02 y para el apoyo tangible 3.56, esto puede ser explicado por el concepto en estudio y la población estudiada que es de condición socioeconómicamente baja, ya que el apoyo tangible se percibe en base a la

proporción de ayuda simbólica o material; las fuentes nombradas por el diabético son el esposo y los hijos, quienes se encuentran en una misma condición socioeconómica a el sujeto de estudio, por lo que este percibe en menor magnitud el apoyo tangible al emocional.

Respecto a las fuentes de apoyo mencionadas por el sujeto fueron el esposo y los hijos lo cual concuerda con lo referido por Carmona (1998) lo cual tiene una explicación cultural dado que la mayoría de los sujetos de estudio fueron mujeres y en este caso los hijos tienden mas a proteger y apoyar a la madre, incluso más que la pareja, además Stewart (1989), quien indica que las 3 fuentes de apoyo social mas frecuentemente medidas por instrumentos de enfermería son la familia, los amigos y el esposo, además es semejante a lo reportado por Norbeck (1982), quien encontró que 136 trabajadores adultos refirieron a la familia con un 97.1 por ciento, los amigos en un 94.1 por ciento como fuentes principales de apoyo, en este estudio el 99 por ciento no refirió al proveedor de cuidados ni al sacerdote, de la misma manera que Norbeck encontró como resultado en un 90% de los sujetos estudiados.

La pérdida del apoyo social en el paciente diabético se presentó en un 12.7 por ciento, donde la categoría de la pérdida fue en un 4.8 por ciento pérdida de los hijos, 4 por ciento pérdida de los padres, y .9 por ciento de los amigos, el 9.75 por ciento refirieron la cantidad de la pérdida en términos de mucho apoyo perdido. Los datos de pérdida difieren un poco de lo mencionado por Norbeck quien reportó que la mayor pérdida en adultos fue mayor en amigos con un 27.1 por ciento, 21.8 por ciento para familiares y 8.3 por ciento para el cónyuge o pareja, la cantidad de la pérdida la marca con un promedio de .80 en un rango de 0 nada a 4 mucho.

Los resultados obtenidos en la subescalas de estilos de vida presentaron un promedio de 72.15 para autoactualización, 51.24 en responsabilidad en salud, 60.69 en nutrición, 70.63 en soporte interpersonal y 69.35 en manejo del estrés, siendo el ejercicio

el estilo de vida más bajo con una media de 20.41, estos hallazgos difieren en lo encontrado por Acevedo quien reportó que 50 por ciento de las mujeres diabéticas realizan algún tipo de ejercicio. Una de las limitantes para la práctica del ejercicio corresponde a las condiciones socioeconómicas de los sujetos de estudio en virtud de no encontrar facilidades para realizar esta práctica. Además Brunner y Sudarth (1987) afirman que la obesidad y sobrepeso es un factor que con frecuencia caracteriza a los pacientes diabéticos tipo 2, mismo que a su vez dificulta la práctica del ejercicio físico, de la misma manera la Asociación Americana de Diabetes (1994) afirma que al incrementarse el IMC, las prácticas del ejercicio físico disminuyen, Salazar (1996) reportó medias más bajas de estilos de vida que las encontradas en el estudio, lo cual probablemente se deba a que por la condición de diabéticos están intentando mantener estilos de vida más saludables.

Respecto a la conducta previa se encontró efecto directo en el estilo de vida al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis, la conducta previa de ejercicio predice el estilo de vida ($\chi^2=94.64$ $p=.000$), conducta previa de manejo del estrés ($\chi^2=92.33$ $p=.000$), y solo la conducta previa de nutrición no fue significativa respecto al el estilo de vida ($\chi^2=.6232$ $p=.888$). En el modelo de regresión lineal la conducta previa predice un efecto significativo en los estilos de vida autoactualización ($R^2=.1980$ $p=.000$), responsabilidad en salud ($R^2=.1149$ $p=.000$) y soporte interpersonal ($R^2=.4193$ $p=.000$). Esto concuerda con Pender (1996) quien propone que a mayor conducta previa mayor probabilidad existirá de iniciar y mantener estilos de vida más saludables.

En relación a los factores personales biológicos con el estilo de vida, no se encontró efecto significativo directo, de la misma manera tampoco se encontró asociación directa con el apoyo social, contrario a lo postulado por el MPS que propone que los factores

personales influyen directamente en las cogniciones específicos de la conducta y el afecto como lo es el apoyo social.

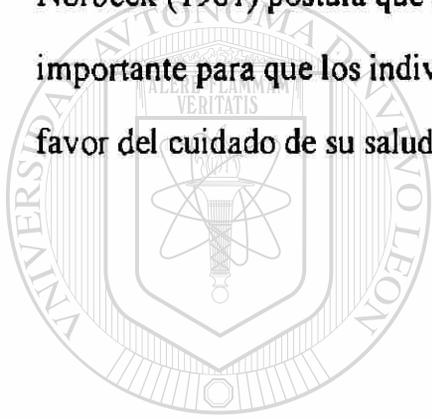
Sin embargo, al unir el factor personal biológico con el apoyo social para valorar su efecto en el estilo de vida, se encontró un efecto significativo indirecto con una $F_{calc}=3.379$ y $p=.000$, con una variación explicada del 13 por ciento, lo anterior corresponde a lo propuesto por el MPS quien refiere que el factor personal biológico puede tener efecto indirecto a través del apoyo social en la conducta promotora de salud.

Al analizar las variables que más efecto presentaron en el estilo de vida nutrición, se encontró que el apoyo tangible tiene efecto significativo ($R^2=.1038$ $p=.006$) esto puede tener su explicación en la percepción que tiene el paciente diabético de que para llevar un régimen alimenticio se necesita de apoyo tangible, percepción errónea a lo real. El apoyo emocional también resultó significativo en el estilo de vida ejercicio ($p=.049$).

Stewart (1991) menciona que la mayoría de los resultados del apoyo social pueden ser asumidos bajo el rubrico general de conductas o estados de salud positivos, los hallazgos en este estudio respecto al índice de estilo de vida, la variable más predictora fue el apoyo emocional ($R^2=.1391$ $p=.000$), lo cual va de acuerdo a lo estipulado por Stewart y afirmado por House quien refiere que el apoyo emocional es la categoría más importante a través del cual el apoyo percibido es llevado a otros.

Al aplicar el modelo en la prueba de Kruskal-Wallis para el efecto de la escolaridad en el estilo de vida del paciente diabético, los hallazgos mostraron efecto significativo de la escolaridad y autoactualización ($\chi^2=9.74$ $p=.045$), ejercicio ($\chi^2=9.46$ $p=.050$), nutrición ($\chi^2=10.13$ $p=.038$) y soporte interpersonal ($\chi^2=10.64$ $p=.030$), no resultó significativo la escolaridad con responsabilidad en salud y manejo del estrés. lo anterior aprueba algunos postulados del MPS quien refiere que la escolaridad como factor sociocultural puede influir en la realización de una conducta promotora de salud.

En relación al apoyo social y su efecto en el estilo de vida se encontró que fue significativo con el estilo de vida nutrición ($R^2=.0895$ $p=.000$), ejercicio ($R^2=.0828$ $p=.001$), manejo del estrés ($R^2=.1670$ $p=.000$), responsabilidad en salud ($R^2=.0829$ $p=.001$), autoactualización ($R^2=.0907$ $p=.000$) y soporte interpersonal ($R^2=.1012$ $p=.000$), esto concuerda con lo reportado por Carmona (1998) quien encontró un efecto significativo entre el apoyo social y la práctica de estilos de vida saludables en sujetos con Diabetes mellitus tipo 2. De los factores de apoyo social que mas efecto representan en el estilo de vida es el apoyo emocional ($R^2=.1347$ $p=.001$), por su parte Norbeck (1981) postula que el apoyo emocional y tangible representan un factor importante para que los individuos se mantengan motivados para emprender acciones en favor del cuidado de su salud.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

5.1 Conclusiones

Las contribuciones del estudio permiten afirmar la relación de conceptos del Modelo Revisado de Promoción de la Salud (1996) de la siguiente manera:

Las características y experiencias individuales tienen relación en las cogniciones y afectos específicos de la conducta y éstas en el resultado conductual.

La conducta previa tiene un efecto significativo directo e indirecto a través del apoyo social en el desarrollo de estilos de vida saludables en el paciente con diabetes tipo 2.

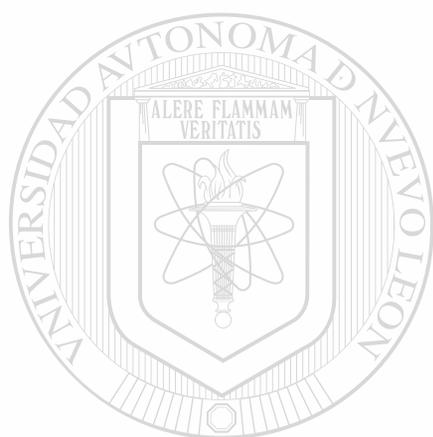
El factor personal biológico no se relaciona con el desarrollo de estilos de vida, ni tienen efecto con el apoyo social percibido, sin embargo cuando se unen el Factor personal biológico y el apoyo social si se presenta el efecto de predecir el desarrollo de estilos de vida en el paciente con diabetes tipo 2.

La escolaridad se relaciona con el estilo de vida autoactualización, ejercicio, nutrición y soporte interpersonal. El apoyo social tiene un efecto directo con el desarrollo de estilos de vida del paciente con diabetes tipo 2.

En relación al perfil de estilos de vida del paciente diabético tipo 2 las medias más altas fueron para autoactualización (72.15) y soporte interpersonal (70.63).

Los instrumentos utilizados en el presente estudio presentaron una confiabilidad aceptable, el instrumento de Conducta previa presentó un alpha de Cronbach de .79, la escala de estilos de vida mostró una congruencia interna de .90 para la escala total, en la subescala de autoactualización .85, responsabilidad en salud .70, ejercicio .78, soporte interpersonal .84, manejo del estrés .67, la subescala con alpha de Cronbach más bajo fue la de nutrición de .53.

La congruencia interna obtenida en el Instrumento de Apoyo social fue de .87 para el instrumento total, la subescala de apoyo emocional mostró un alpha de Cronbach de .98, la subescala de apoyo tangible un alpha de .72.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

5.2 Recomendaciones

Se recomienda en estudios posteriores la medición de factores personales biológicos relacionados con el tiempo de evolución de la enfermedad y complicaciones presentes que expliquen el desarrollo de estilo de vida del paciente con diabetes tipo 2.

Del instrumento conducta previa desarrollar la subescala de nutrición, ejercicio y manejo del estrés que permitan formar índices y poder obtener su congruencia interna por subescalas.

Dado que los resultados del estudio mostraron efecto del apoyo social percibido en el desarrollo de estilo de vida, se recomienda incluirlo como elemento dentro de los programas de salud y en las intervenciones de enfermería en pacientes diabéticos a fin de incrementar su eficacia.

Incluir dentro del cuidado de enfermería no solo al paciente, también a los hijos y el esposo, dado que resultaron ser muy significativos para el paciente con diabetes tipo 2.

Aplicar el estudio realizado en población con diabetes tipo 2 de condición socioeconómica media alta y alta.

Se recomienda realizar estudios de intervención donde se apliquen los conceptos del modelo utilizados en este estudio.

REFERENCIAS

ANA Comission on Nursing Research. **Generating a Scientific basis for nursing practice: Research Priorities for the 1980's.** Nursing Research. (1980).

Acevedo I. Ejercicio Físico y Control Metabólico en Mujeres Adultas Diabéticas. Tesis Inédita. UANL Facultad de Enfermería . 1997.

American Diabetes Asociación. **Clinical Education.** Series 3ª ed. EE.UU. (1984)

American Diabetes Association: **Managing Diabetes in the 1990's.** American Diabetes Association, (1994).

Berkman, L.F. & Syme, S.L. **Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine year Followup Study of Alameda County Residents.** Americanm Journal of Epidemiology. 109 :186-204. (1979).

Brand P. Weinert, C. **The PRQ A Social Support Measure.** Nursing Research. (30): 277-280, Sep/Oct. (1981).

Bottorf, J., Johnson J., Ratner P., Hayduk L. **The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance.** Nursing Research. 45 (1). Jan/Feb (1996).

Brunner, L. y Suddarth, P. Enfermería Médico Quirúrgica, Ed. Interamericana, México, 1988.

Carmona, L. **Influencias Interpersonales y Apoyo Social del paciente diabético.**1998.

Cassel, J. **The Contribution of the Social Environment to Host Resistance.** American Journal of Epidemiology. 104: 107-123. Ago. (1976)

Cobb, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom. Med.* 38: 300-314, Sep/Oct (1976).

Cohen, S., Syme, S. Issues in the Study and Application of Social Support. *Social Support and Health*. Orlando. Academic Press. (1988).

Cohen, S., & McKay, G. Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A theoretical Analysis. *Handbook of Psychology and Health*. 4: 253 - 267.(1984).

Colli N. L. Estilo de Vida Saludable del Anciano y Estado de Salud Percibido. Tesis Inédita, UANL. Facultad de Enfermería, 1996.

Diaz G. R. Psicología del Mexicano, 4ª. ed. Ed. Trillas, México, 1982.

Dimond, M. Social Support and Adaptation to Chronic Illness: The case of Maintenance Hemodialysis. *Research in Nursing and Health*. (1979).

Duffy, M. Determinantes of Health Promotion in Middlelife Women. *Nursing Research*. 37: 358-359. (1989).

García R. E. El Factor Estrés. *Diabetes Hoy*. Federación de Asociaciones Mexicanas de Diabetes. 13 (6):16-19. (1993).

González R. Percepción del Apoyo Familiar por el Adulto con Diabetes. Tesis Inédita UANL, Facultad de Enfermería, 1995.

Gore, S. The Effect of Social Support in Moderating and Health Consequences of Unemployment. *J. Health Society Behavior* 19: 157-165, June (1978).

Gottlieb, B. The Development and Application of a Classification Scheme of Informal Helping Behaviours. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 10: 105-115. (1978).

Hall, A., Wellman, B. Social Networks and Social Support. *Social Support and Health*. Orlando. Academic Press. pp. 23-41 (1985).

Hall, Reading. Enfermería en Salud Comunitaria, Un Enfoque de Sistemas, Ed. OPS/OMS, Washington, D.C., 1990.

House, J. And Kahn R. **Measures and Concepts of Social Support**. Social Support and Health. Orlando . Academic Press. pp. 83-108 (1981).

Hinson, Bowsher, Maloney and Lillis. **Social Support: A Conceptual Analysis**. Journal of Advanced Nursing. 25: 95-100. (1997).

Khan, R., Antonucci, T. **Convoys Over Life Course: Attachment, roles and Social Support**. Instituto for Social Research University of Michigan. Network: Academic Press. 3: 253-286. (1980).

Langarica, R. **Gerontología y Geriatría**, Ed. Interamericana, México, D. F., 1987.

Mechanick D. **The Stability of Health and Illness Behavior: Results from a 16 year follow up**. American Journal of Public Health. 69:142-145. (1979).

Norbeck, J. S. **Social Support: A Model for Clinical Research and Application**. Advances in Nursing Science. Pp. 43-59. (1981).

Norbeck, J.S. **The Use of Social Support in Clinical Practice**. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 20 (12):23-29. (1982).

Norbeck, Lindsey & Carrieri. **Further Development of the Norbeck Social Support Questionnaire: Normative Data and Validity Testing**. Nursing Research. 32 (1):4-9. (1983).

OMS-OPS Organización Mundial de la Salud: Organización Panamericana para la Salud. **Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus**. (1989).

Pender, N. **Un Modelo Propuesto Para la Conducta Promotora de Salud**. Promoción de la Salud en la Práctica de Enfermería, Ed. Century Appleton, 1987.

Pender, N. J. **Health Promotion In Nursing Practice**, Ed. Appleton & Lange, 1996, Cap. 3, pp. 51-75.

Polit, D F. & Hungler B.P. **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**, Ed. Interamericana, México, D F. 1997

Pressat, R. El análisis Demográfico: Conceptos, Métodos y Resultados, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1983.

Rakowski, W. Persistence of Personal Health Practices Over a 1-year Period. Public Health Reports. 102, 483-493. (1987).

Rodríguez A. Conocimientos y Percepciones de Salud de Adultos Jóvenes en Relación con su Estilo de Vida. Tesis Inédita, UANL Facultad de Enfermería, 1996.

Rose, G. La Estrategia de la Medicina Preventiva, Ed. Masson, Barcelona, España, 1995.

Rosenstock, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2: 328-335. (1974).

Salazar A. Factores Culturales y Sociales de la Mujer para Promover la Salud Familiar y La Propia. Tesis Inédita, UANL. Facultad de Enfermería, 1996.

Sarason, I., Levine, R., Bashman, B. & Sarason, B. Assesing Social Support: The Support Questionnaire: Journal Of Personality and Social Psychology. 44 (1): 127-139. (1985).

Sarason, I. & Sarason, B. Stressful Life Events: Measurement, Moderatorss and Adaptation, Ed. Burchfield, Washington, D.C. 1985.

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud. 1987.

Secretaria de Salud. Programa Estatal de Prevención y Control de Diabetes Mellitus. Dirección de Servicios de Salud, Subdirección de Servicios de Salud, Departamento de Control de Enfermedades. Secretaría Estatal de Salud, Nuevo León, 1995.

Shumaker, S., Brownell, A. Toward and Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. Journal Of Social Issues. 40 (4) : 11-36. (1984).

Stewart, M J. Social Support Instruments created by Nurse Investigators. Nursing Research 38 (5) 268-275. (1989).

Tardy Ch. Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*. 13 (2): 187-202. (1985).

Tilden, V. & Weinert. Cost and Conflict: The Darker side of Social Support. *Social Support and Health. Western Journal of Nursing Research*. 9 (1): 9-18. (1987).

Tilden V. Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory. *Research Nursing and Health*. 8: 199-206.(1985).

Vargas y Casillas. Indicadores Antropométricos del Déficit y Exceso de Peso en el Adulto, Para el Empleo en el Consultorio y en el Campo, Salud y Nutrición, México, 1993.

Walker, S., Sechrist, K. & Pender, N.J. The Health Promoting Lifestyle profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*. 36: 76-80. (1987).

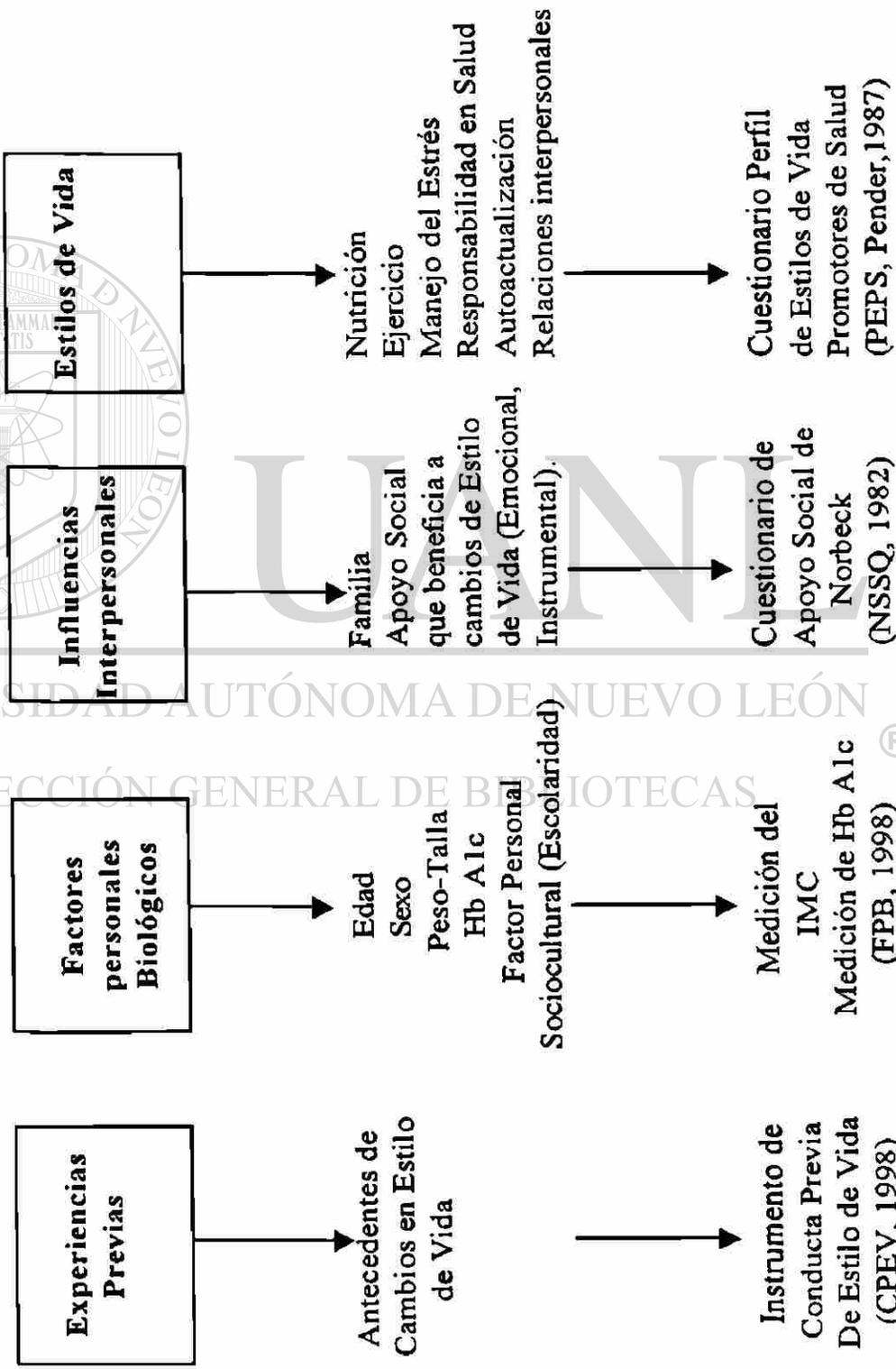
Weinert, C. & Brandtt, P. Measuring Social Support with the PRQ. *Western Journal of Nursing Research*. 9: 589-602. (1987).

Wilcox, B.L. *Social Support in Adjusting to Marital Disruption: A Network Analysis, Social Networks and Social Support*. Beverly Hills Sage. pp. 97-151.(1981).

Wortman, C.B & Dunkel, Conway, T.L. *The Role of Social Support in Adaptation and Recovery From Physical Illness*. Social Support and Health. Orlando, Florida. (1987).

Apéndice A

Esquema de Operacionalización de Variables de Estudio

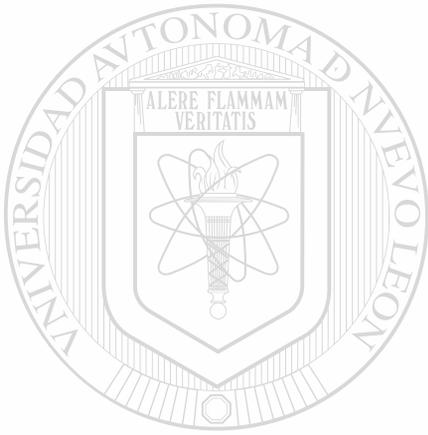


Operacionalización de Variables

Concepto	Aplicación al sujeto de estudio	Indicador	Preguntas
Experiencias previas Conducta previa en el pasado, incrementándose el hábito cada vez que la conducta es repetitiva, con efecto directo en la probabilidad de realizar conductas promotoras de salud.	Conducta que refleja la manera en que el paciente diabético ha desarrollado su estilo de vida antes de saber que era diabético.	Conducta Previa de Estilos de Vida (CPEV, 1998). Apéndice B. Nutrición	- ¿Alguna vez modificó su alimentación incluyendo en su dieta alimentos que contienen fibra (ej. granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)? ¿ Si su respuesta es afirmativa porqué razón lo ha realizó? ¿Qué resultados ha tenido? Explique los resultados ¿Qué dificultades ha tenido para modificar su dieta?
		Ejercicio	¿Anteriormente ha realizado ejercicio físico como caminar, trotar, jugar fútbol, andar en bicicleta? ¿Qué tipo de ejercicio) ¿Cuál es el tiempo que más ha durado practicando este ejercicio? ¿Cómo se sintió practicando ejercicio?
		Manejo del estrés	¿Anteriormente ha usado métodos específicos para controlar sus preocupaciones? ¿Qué métodos ha utilizado? ¿Qué resultado ha tenido?

		<p>Responsabilidad en salud</p> <p>Autoactualización</p> <p>Relaciones interpersonales</p>	<p>¿Anteriormente ha intentado saber su nivel de azúcar en sangre?</p> <p>¿Cuando se le detectó la diabetes comentó sus inquietudes respecto al cuidado de su salud?</p> <p>¿Ha asistido a programas educativos sobre la diabetes?</p> <p>¿Anteriormente se ha propuesto metas en su vida?</p> <p>¿Ha logrado llegar a cumplir las metas que se propone?</p> <p>¿Las metas que se propone son fáciles de cumplir?</p> <p>¿Ha comentado con personas allegadas a usted sus preocupaciones y problemas personales?</p> <p>¿Le satisface comunicarse con otras personas?</p>
<p>Factores personales biológicos y sociocultural Factores personales relevantes que predicen una conducta dada, influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta promotora de salud, incluyen edad, sexo, IMC, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad, raza, edo. Económico, escolaridad.</p>	<p>Factores que caracterizan al individuo como persona y que pueden influir en el paciente diabético para el desempeño de un estilo de vida saludable.</p>	<p>Instrumento de Factores personales biológicos (FPB, 1998) Apéndice B</p> <p>Factor Personal Sociocultural</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Peso- Talla</p> <p>IMC</p> <p>Hb A1c</p> <p>Escolaridad</p>
<p>Apoyo Social Cantidad de apoyo percibido por el paciente con diabetes tipo 2. se mide en términos de apoyo emocional, apoyo tangible, y pérdida del apoyo.</p>	<p>Es la percepción del paciente diabético sobre la cantidad de apoyo que recibe, expresión de afecto, afirmación de conductas positivas por otras personas, recepción de ayuda simbólica, medido en términos de cantidad.</p>	<p>Instrumento NSSQ (Norbeck, 1981)</p>	<p>Apéndice C</p>

<p>Estilos de Vida Patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar su nivel de bienestar, autoactualización y satisfacción de sus necesidades personales</p>	<p>Práctica regular y sistemática de un estilo de vida saludable que sirve para conservar o fomentar el nivel de bienestar y satisfacción de necesidades personales como lo es la nutrición, el ejercicio, manejo del estrés, responsabilidad sobre su salud, autoactualización en salud y relaciones interpersonales</p>	<p>Instrumento Perfil de Estilos de Vida Promotores de Salud (PEPS, Pender, 1987)</p>	<p>Apéndice D</p>
--	--	--	--------------------------



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Apéndice B

Factores Personales Biológicos, Sociocultural y Conducta Previa de Estilos de Vida

I. Factores Personales Biológicos

1. Edad en años cumplidos _____
2. Sexo _____
1. Masculino
2. Femenino
3. Peso (Kg) _____
4. Talla (Mts) _____
5. IMC _____
6. Hb A1c _____

Factor Personal Sociocultural

7. Escolaridad 0=Sin Esc. 1=Primaria inc/completa 2=Secundaria inc/comp. _____
- 3=Técnico/preparatoria 4=Profesional

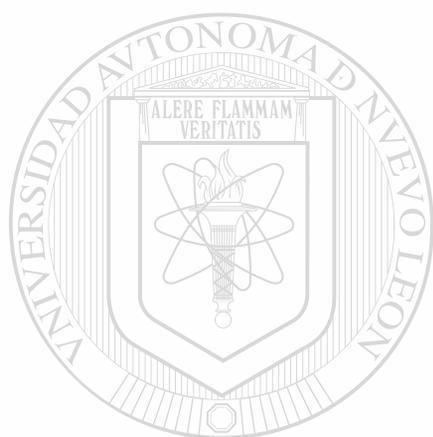
Conducta Previa de Estilos de Vida

Conteste si en el pasado (antes de que usted supiera que era diabético) realizó alguna de estas actividades:

N = nunca V= Algunas Veces F= Frecuentemente R=Rutinariamente

1. ¿Alguna vez modificó su alimentación incluyendo en su dieta alimentos que contienen fibra (ej. granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)? N V F R
2. ¿Si su respuesta es afirmativa por qué razón lo realizó?
3. ¿Qué resultados ha tenido?
- 4 Explique
- 5 ¿Qué dificultades ha tenido para modificar su dieta?
- 6 ¿Anteriormente realizado ejercicio físico como caminar, trotar, jugar futbol, andar en bicicleta? N V F R
- 7 ¿Cuál es el tiempo que más ha durado practicando este ejercicio?
- Días _____ Meses _____
- Semanas _____ Años _____
- 8 ¿Cómo se sintió practicando ejercicio?
- 9 ¿Anteriormente ha utilizado métodos específicos para controlar sus preocupaciones? N V F R
- 10 ¿Qué métodos ha utilizado?
- 11 ¿Qué resultado ha tenido?
- 12 ¿Anteriormente ha intentado saber su nivel de azúcar en sangre? N V F R
13. ¿Cuando se le detectó la diabetes comentó sus inquietudes respecto al cuidado de su salud? N V F R

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14. ¿Ha asistido a programas educativos sobre la diabetes? | N | V | F | R |
| 15. ¿Anteriormente se ha propuesto metas en su vida? | N | V | F | R |
| 16. ¿Ha logrado llegar a cumplir las metas que se propone? | N | V | F | R |
| 17. ¿Las metas que se propone son fáciles de cumplir? | N | V | F | R |
| 18. ¿Ha comentado con personas allegadas a usted sus preocupaciones y problemas personales? | N | V | F | R |
| 19. ¿Le satisface comunicarse con otras personas? | N | V | F | R |



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Apéndice C

Num. _____

Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck NSSQ

Enumere a cada persona significativa en su vida. Considere a todas las personas que le proporcionan apoyo personal o que son importantes para desarrollar estilos de vida saludables (llevar alimentación adecuada, realizar ejercicio, manejar su estrés, ser responsable de su salud, actualización en salud y relacionarse con los demás). Escriba el nombre de pila ó iniciales y especifique el tipo de relación que tiene con usted.

Nombre de pila o iniciales	Relación	Pregunta 1 ¿Cuánto te hace sentir querido o amado esta persona?	Pregunta 2 ¿Cuánto te hace Sentir respetado o admirado esta persona?
1. _____	_____	1. _____	1. _____
2. _____	_____	2. _____	2. _____
3. _____	_____	3. _____	3. _____
4. _____	_____	4. _____	4. _____
5. _____	_____	5. _____	5. _____
6. _____	_____	6. _____	6. _____
7. _____	_____	7. _____	7. _____
8. _____	_____	8. _____	8. _____
9. _____	_____	9. _____	9. _____
10. _____	_____	10. _____	10. _____
11. _____	_____	11. _____	11. _____
12. _____	_____	12. _____	12. _____
13. _____	_____	13. _____	13. _____
14. _____	_____	14. _____	14. _____
15. _____	_____	15. _____	15. _____
16. _____	_____	16. _____	16. _____
17. _____	_____	17. _____	17. _____
18. _____	_____	18. _____	18. _____
19. _____	_____	19. _____	19. _____
20. _____	_____	20. _____	20. _____

3. ¿Cuánto puedes confiar en esta persona?

4. Cuánto coincide contigo o apoya tus acciones o pensamientos esta persona?

5. Si necesitara pedir prestado dinero, que lo lleven al doctor o alguna otra ayuda inmediata, ¿Cuánto podría ayudarte usualmente esta persona?

6. Si estuvieras en cama por varias semanas ¿Cuánto podría ayudarte esta persona?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____

7. ¿Durante cuánto tiempo has conocido a esta persona?

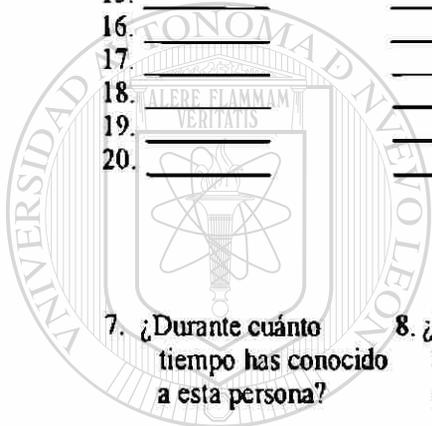
8. ¿Con qué frecuencia te comunicas usualmente con ésta persona?

9. Durante el último año ¿has perdido alguna relación importante debido a mudanza, cambio de trabajo, divorcio o separación

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____
- 13. _____
- 14. _____
- 15. _____
- 16. _____
- 17. _____
- 18. _____
- 19. _____
- 20. _____



U A N L

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

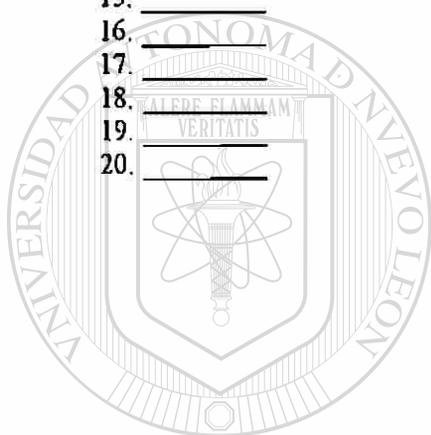


9a. Si es así, marca la(s) categoría(s) de las personas que ya no están disponibles para tí.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

9b. ¿Cuánto apoyo te proporcionó ésta Persona(s) durante los últimos seis meses?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Apéndice D

CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SALUD (PEPS)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que usted vive actualmente, o a los hábitos personales. Favor de responder a cada frase en la manera más exacta posible, y tratar de no dejar ningún artículo en blanco. Indique la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado, circundando la letra que mejor corresponde:

N= nunca; V= a veces; F= frecuentemente; R= rutinariamente.

- | | |
|--|---------|
| 1. Come al levantarse en la mañana | N V F R |
| 2. Relata a un médico cualquier síntoma extraño | N V F R |
| 3. Se quiere a si mismo/misma | N V F R |
| 4. Hace ejercicios para estirar los músculos al menos 3 veces por semana | N V F R |
| 5. Escoge comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida. | N V F R |
| 6. Toma tiempo cada día para el relajamiento | N V F R |
| 7. Sabe el nivel de colesterol en su sangre | N V F R |
| 8. Es entusiasta y optimista referente a la vida | N V F R |
| 9. Cree que está creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas | N V F R |
| 10. Comenta con personas íntimas sus preocupaciones y problemas personales | N V F R |
| 11. Es consciente de las fuentes de tensión en su vida | N V F R |
| 12. Se siente feliz y contento/a | N V F R |
| 13. Hace ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos 3 veces por semana | N V F R |
| 14. Come tres comidas buenas al día | N V F R |
| 15. Lee libros o artículos sobre promoción de la salud | N V F R |
| 16. Es consciente de sus capacidades y debilidades personales | N V F R |
| 17. Trabaja en apoyo de metas a largo plazo en su vida | N V F R |
| 18. Elogia fácilmente a otra gente por sus éxitos | N V F R |
| 19. Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrimentos | N V F R |
| 20. Interroga a su doctor o buscar otra opción cuando no está de acuerdo con lo que su médico recomienda | N V F R |
| 21. Mira hacia el futuro | N V F R |
| 22. Participa en programas o actividades de ejercicios físicos bajo supervisión | N V F R |
| 23. Es consciente de lo que importa en esta vida | N V F R |

- | | |
|--|---------|
| 24. Le gusta expresar y sentir el cariño de personas allegadas a Ud. | N V F R |
| 25. Mantiene relaciones interpersonales que dan satisfacción | N V F R |
| 26. Incluye en su dieta alimentos que contienen fibra (ej, granos enteros, frutas crudas, verduras crudas) | N V F R |
| 27. Pasa 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación | N V F R |
| 28. Comenta con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud | N V F R |
| 29. Respeta sus propios éxitos | N V F R |
| 30. Evalúa su pulso durante el ejercicio físico | N V F R |
| 31. Pasa tiempo con amigos allegados a Ud. | N V F R |
| 32. Hace evaluar su presión de sangre y sabe el resultado | N V F R |
| 33. Asiste a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos | N V F R |
| 34. Ve cada día como interesante y desafiante | N V F R |
| 35. Planea o escoge comidas que incluyen los cuatro grupos básicos de comida cada día | N V F R |
| 36. Relaja conscientemente los músculos antes de dormir | N V F R |
| 37. Encuentra agradable y satisfecho el ambiente de su vida | N V F R |
| 38. Hace actividades físicas de recreo, como caminar, nadar, jugar fútbol, montar en bicicleta. | N V F R |
| 39. Expresa fácilmente interés, el amor y el calor humano hacia otros | N V F R |
| 40. Se concentra en pensamientos agradables a la hora de dormir | N V F R |
| 41. Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos | N V F R |
| 42. Pide información a los profesionales de salud sobre como cuidarse bien | N V F R |
| <hr/> | |
| 43. Observa al menos cada mes su cuerpo para cambios físicos o señas de peligro | N V F R |
| 44. Es realista en las metas que se pone | N V F R |
| 45. Usa métodos específicos para controlar la tensión | N V F R |
| 46. Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal | N V F R |
| 47. Toca y ser tocado por las personas que le importan | N V F R |
| 48. Cree que su vida tiene un propósito. | N V F R |

Subescalas de Estilos de Vida:**Reactivos**

Autoactualización	3,8,9,12,17,21,23,29,34,37,44,48
Responsabilidad en Salud	2,7,15,20,28,32,42,43,46
Ejercicio	4,13,22,30,38
Nutrición	1,5,14,19,26,35
Soporte Interpersonal	10,18,24,25,31,39,47
Manejo del Estrés	6,11,27,36,40,41,45

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Candidato para el Grado de

Maestro en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria

**Tesis: APOYO SOCIAL Y ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE
DIABETICO TIPO 2**

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Guadalupe, Nuevo León el 29 de Noviembre de 1971, hija de Rodolfo Evaristo Esparza Moreno y María Victoria Almanza Ruiz.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Grado obtenido Licenciada en Enfermería en 1992.

Experiencia Profesional: Maestro de Medio Tiempo en Programa de Salud Guadalupe, de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 1993 a la fecha, Auxiliar de Investigación de la Facultad de Enfermería UANL desde 1993 a la fecha.

