

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 mas 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?

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.

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).

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.

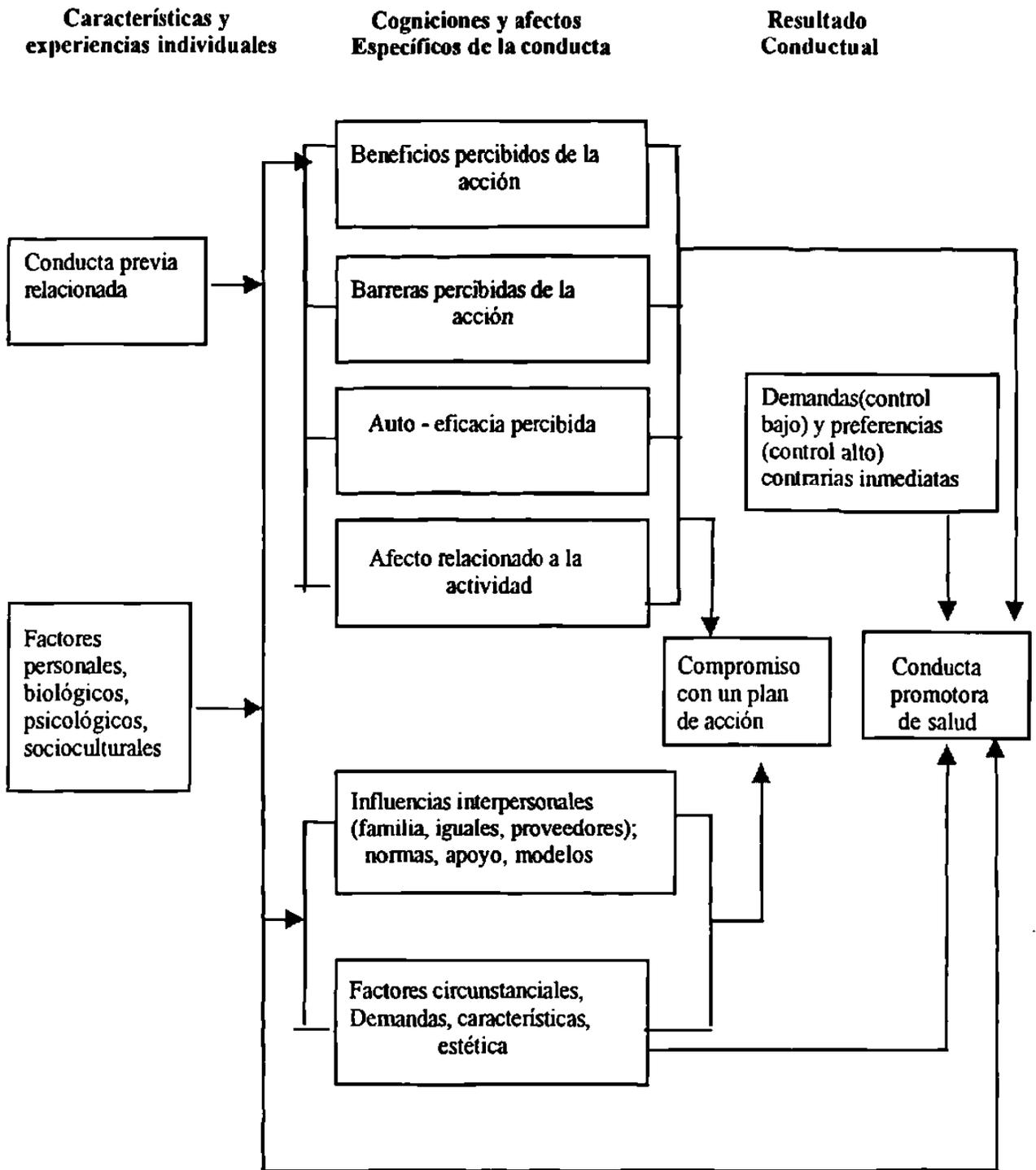
Demandas y preferencias contraria inmediatas

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.

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

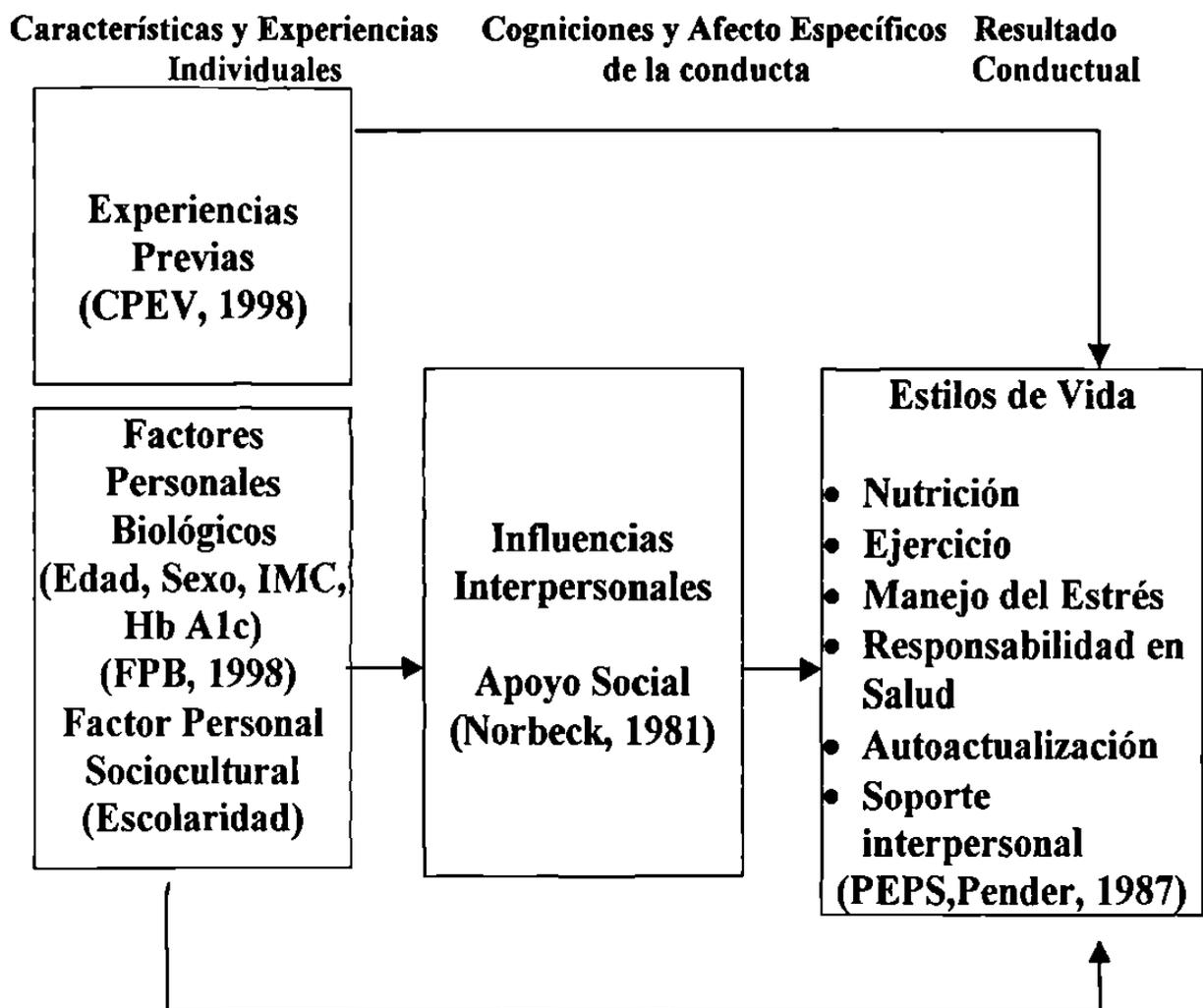


Modelo de Promoción de la Salud. (N.J. Pender, 1996).

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.

Ubicación del Problema de Estudio al Modelo



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.

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 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 $p < .05$.

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 Ética 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.

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 sentí 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.