

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

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.

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	Limite inferior	Limite 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.

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.

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. American 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).

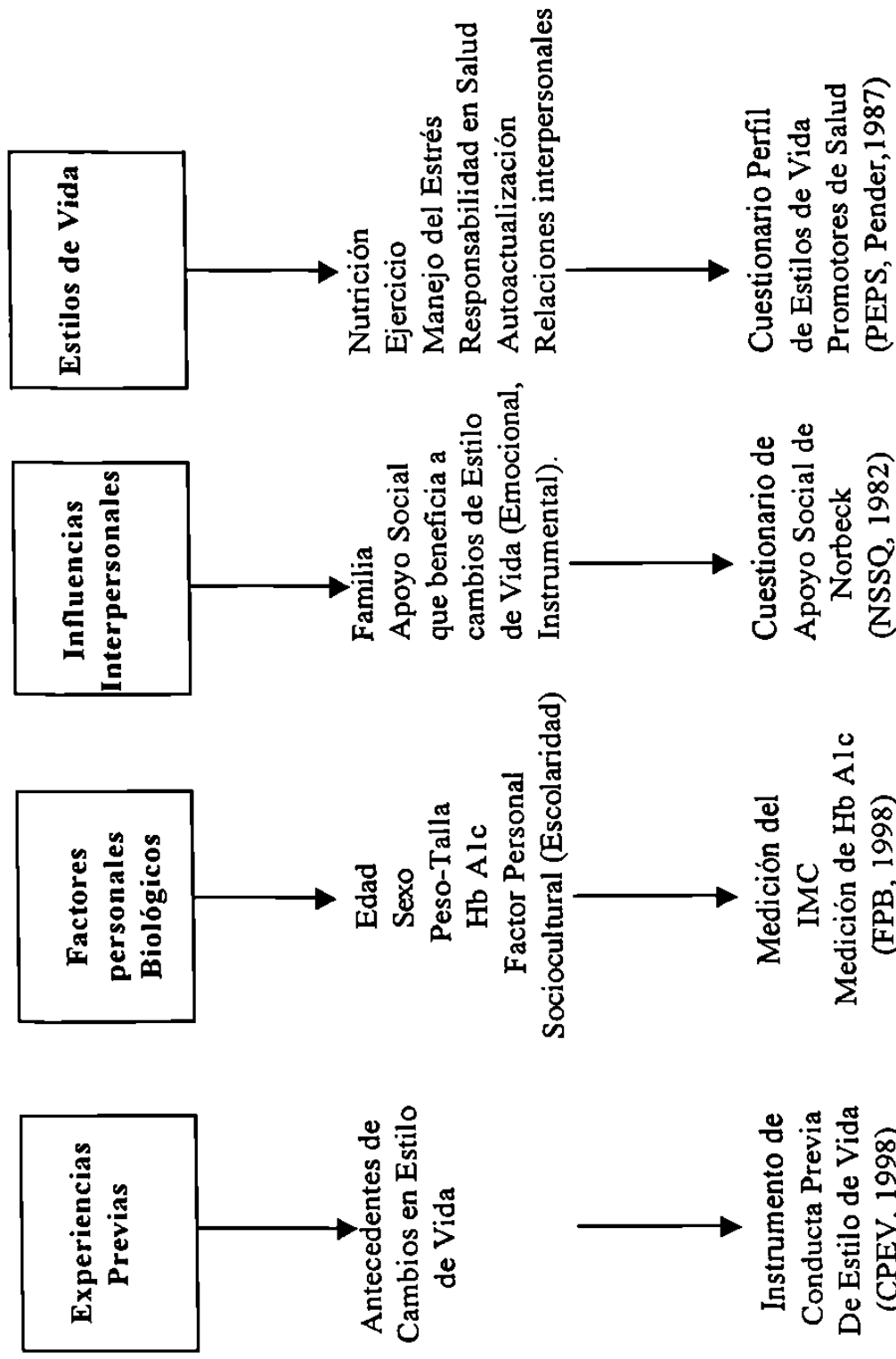
Weinert, C. & Brandtt, P. Measuring Social Support with the PRQ. *Western Journal of Nursing Research*. 9: 589-602. (1987).

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



Esparza, Alonso, 1998.

Operacionalización de Variables

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

		Responsabilidad en salud	<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>
		Autoactualización	<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>
		Relaciones interpersonales	<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>
---	---	---	-------------------

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 |

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. _____

<p>3. ¿Cuánto puedes confiar en esta persona?</p>	<p>4. Cuánto coincide contigo o apoya tus acciones o pensamientos esta persona?</p>	<p>5. Si necesitara pedir prestado dinero, que lo lleven al doctor o alguna otra ayuda inmediata, ¿Cuánto podría ayudarte usualmente esta persona?</p>	<p>6. Si estuvieras en cama por varias semanas ¿Cuánto podría ayudarte esta persona?</p>
<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p>

<p>7. ¿Durante cuánto tiempo has conocido a esta persona?</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia te comunicas usualmente con ésta persona?</p>	<p>9. Durante el último año ¿has perdido alguna relación importante debido a mudanza, cambio de trabajo, divorcio o separación</p>
<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>11. _____</p> <p>12. _____</p> <p>13. _____</p> <p>14. _____</p> <p>15. _____</p> <p>16. _____</p> <p>17. _____</p> <p>18. _____</p> <p>19. _____</p> <p>20. _____</p>

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. _____

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 nutrientes | 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 gustar 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. Evalua 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
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: Maestra 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.

