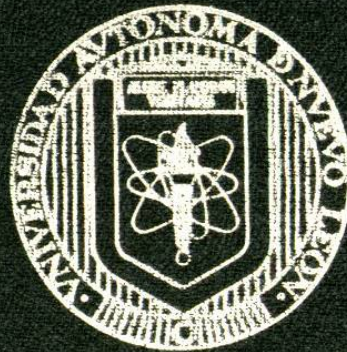


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**"FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS
Y ASISTENCIA A CONSULTA DE PERSONAS
CON DIABETES TIPO 2"**

Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

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

AGOSTO, 2001

AAC
E3
RC660

FACTORES PERSONALES, BARRERAS Y ASISTENCIA
C.B.E.H.
"FACTORES PERSONALES, BARRERAS Y ASISTENCIA
A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2"



1080093846

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



"FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS
Y ASISTENCIA A CONSULTA DE PERSONAS
CON DIABETES TIPO 2"

Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

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

AGOSTO, 2001

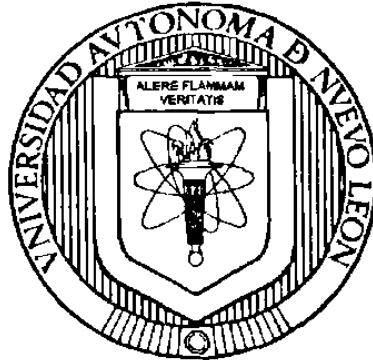


RCGGO

ES



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



FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y ASISTENCIA
A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

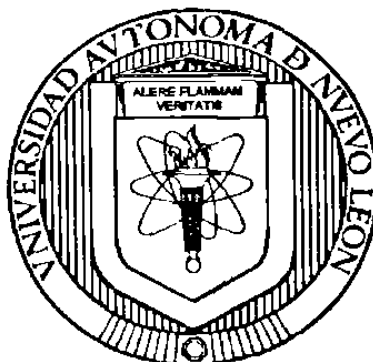
Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

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

Agosto, 2001

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



**FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y ASISTENCIA
A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2**

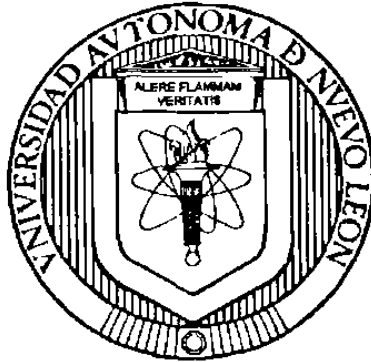
Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

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

Agosto, 2001

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



FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y ASISTENCIA
A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

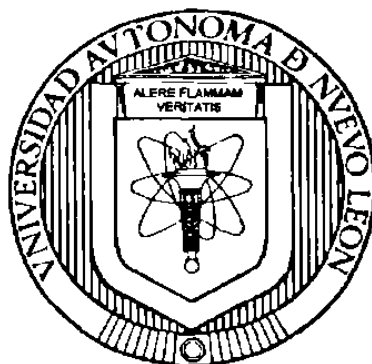
Director de tesis

LIC. FRANCISCO ROCHA ROMERO M.E.

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

Agosto, 2001

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



**FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y ASISTENCIA
A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2**

Por

LIC. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNANDEZ

ASESOR ESTADÍSTICO

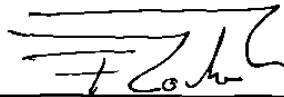
ING. MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph D.

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

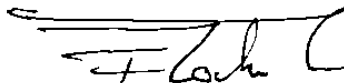
Agosto, 2001

Factores personales, barreras percibidas y asistencia a consulta de
personas con diabetes tipo 2

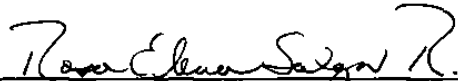
Aprobación de la tesis



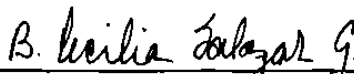
M.E. Francisco Rocha Romero
Director de tesis



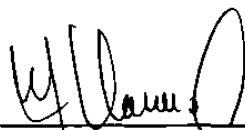
M.E. Francisco Rocha Romero
Presidente



M.E. Rosa Elena Salazar Ruibal
Secretario



Bertha Cecilia Salazar Ph D
Vocal



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

DEDICATORIAS

A mi Dios todopoderoso que ilumina y guía mis pasos a cada momento.

A mis padres: Manuel y Elda por su sabiduría, amor, paciencia y dedicación.

Mis hermanos: Manuel y Ericka por su comprensión y amor incondicional.

A mi tíos: Sandra por ser ejemplo de valor ante la adversidad, Jonas y Lucia, Julián y Teresa, José Armando, Edmundo, Jesús, Margarita y Gerardo, Dolores, Asunción, Regina y Zita.

A mi abuelita: Claudia que con su entusiasmo y vitalidad me impulsa a seguir siempre adelante.

A mis primos : Juan de Jesús, Jonathan Vidar, Citlalli, Julián, Maria Eugenia, Teresa, Carmen, Concepción, Elsa, Arcelia, Natalia, Jonathan Asgar, Luis Ubaldo y Oscar Anselmo.

A mi amiga, hermana y compañera en la calma y tribulación: Lic. Enf, Edith Castellanos Contreras.

Con mucho cariño para ti, que en los momentos más difíciles estuviste siempre conmigo.

AGRADECIMIENTOS

Externo mis más sinceros agradecimientos a:

Lic. Manuela Téllez Zárate, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, por creer en mi e impulsarme siempre.

C.P. Enrique Ramírez Nazariega, Vicerrector de la zona Coatzacoalcos-Minatitlán-Acayucan de la Universidad Veracruzana y M.D.U. Rosalía Castillejos Luis, Secretaría Académica de la Región 5 de la Universidad Veracruzana, quienes con su visión y experiencia, me dieron la oportunidad de ser líder.

M.E. Alicia Gallegos Vasquez, Secretaría Académica de la Unidad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Campus Minatitlán de la Universidad Veracruzana, por sus sabios consejos en lo personal y profesional.

M.D.U. María del Carmen Canseco Cortés, por sus palabras de aliento y apoyo espiritual.

A las licenciadas Antonia Cuervo Cuervo y Elia Martínez Ruíz de quienes recibí consejos, amor y comprensión en todo momento.

Dra. Rafaela Sánchez Figueroa y Enf. Froyla Rodríguez, Directora y Jefa de Enfermeras respectivamente, del Centro de Salud Urbano de Minatitlán, Ver., por las facilidades otorgadas para la realización de está investigación.

A mis amigos (as): Esther Alice, Rosalía , Elizabeth Writh, Lulu, Adriana, Genoveva, Alfonso y Margarita, Deyanira, Charo, Elsa, Daniel, Margot, Leonardo y Norma, Crisóstomo, Helen y Nayra por su cariño y amistad incondicional.

A mis compañeros de maestría por su apoyo en esta dura travesía.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	
Marco teórico	3
Definición de términos	6
Estudios relacionados	7
Hipótesis	9
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del estudio	11
Población	11
Muestreo y muestra	11
Criterios de selección de la muestra	11
Material	11
Procedimiento	13
Análisis de los datos	14
Consideraciones éticas	14
Capítulo III	
Resultados	
Consistencia interna del instrumento	16
Datos descriptivos de la variables de estudio	16
Correlación entre las variables de estudio	19
Estadísticas inferenciales para la verificación de Hipótesis	20

Capítulo IV

Discusión

Conclusiones 27

Recomendaciones 27

Referencias 28

Ápéndices

A.- Instrumento "Cédula de factores personales biológicos,
socioculturales, psicológicos, barreras percibidas y
asistencia a la consulta programada 33

B.- Autorización de la institución de salud 38

C.- Consentimiento informado 39

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Consistencia interna de las subescalas del instrumento	16
2. Factores personales biológicos de la población estudiada	17
3. Asistencia a la consulta programada	18
4. Variables de estudio	18
5. Matriz de correlación de Spearman	19
6. Regresión lineal simple, efecto de la edad sobre la asistencia a la consulta programada	20
7. Regresión lineal simple, efecto del sexo sobre la asistencia a la consulta programada	20
8. Regresión lineal simple, efecto del tiempo de padecer la enfermedad sobre la asistencia a la consulta programada	21
9. Regresión lineal simple, efecto del conocimiento sobre la asistencia a la consulta programada	21
10. Regresión lineal simple, efecto de la percepción del estado de salud sobre la asistencia a la consulta programada	22
11. Regresión lineal simple, efecto de las barreras sobre la asistencia a la consulta programada	22
12. Modelo general de regresión lineal múltiple	23
13. Modelo de regresión lineal múltiple, efecto de las variables independientes (edad, sexo, tiempo de padecer la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, percepción del estado de salud y barreras percibidas), sobre asistencia a la consulta programada.	24

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo revisado de Promoción de la Salud	40
2. Estructura conceptual teórico-empírica	41

RESUMEN

Claudia Beatriz Enríquez Hernández

Fecha de graduación: Agosto, 2001.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y ASISTENCIA A CONSULTA DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2

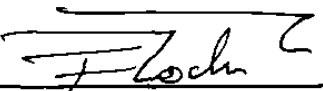
Número de páginas: 42

Candidato para el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria.

Área de estudio: Salud Comunitaria.

Propósito y Método del estudio: El propósito del estudio fue conocer el efecto de los factores personales y las barreras percibidas, sobre la asistencia a la consulta programada de pacientes con diabetes tipo 2, adscritos a un Centro de Salud Urbano de una Ciudad del sur del estado de Veracruz. El estudio fue descriptivo y correlacional, se fundamentó en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender. El muestreo fue probabilístico, la muestra se determinó con un nivel de significancia de .05, poder de .80 y coeficiente de determinación de 0.16 estuvo constituida por 85 personas adultas con diabetes tipo 2. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento integrado por tres subescalas que permitieron identificar los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales así como las barreras percibidas para la asistencia a la consulta programada, el cual obtuvo una confiabilidad aceptable. El análisis estadístico se hizo a través de estadísticas descriptivas, prueba de Kolmogorov Smirnov y un modelo de regresión lineal múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados de éste estudio reportan que la asistencia a la consulta programada es afectada por las variables tiempo de padecer la enfermedad ($p = .04$); la percepción del estado de salud ($p < .001$) y las barreras que percibe el paciente para su atención ($p < .001$). El estudio permitió verificar las proposiciones teóricas del Modelo de Promoción de la Salud planteados en el estudio.

FIRMA DEL ASESOR: 

Capítulo I

Introducción

La salud es una de las prioridades de todos los pueblos, por lo que las actividades preventivo promocionales son, hoy por hoy, las acciones que ocupan a todo gobierno, sin embargo a pesar de esto el presupuesto de salud se destina preferentemente a la infraestructura para atender la enfermedad (Organización Mundial de la Salud [O.M.S.], 1999).

En México, esta política de salud se demuestra con el interés del gobierno en la implementación de programas básicos para la salud, para atender los problemas de salud prevalentes entre los que se encuentra la Diabetes tipo 2 [DT2]. Debido al interés por la salud, en México se implementó el paquete básico de servicios de salud, el cual está compuesto por intervenciones de salud de bajo costo y alto impacto entre las que se encuentran la prevención y control de hipertensión y la diabetes tipo 2 (Secretaría de Salud, 1986).

La diabetes tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónica y degenerativa con grado variable de predisposición hereditaria (Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana de la [NOM-SSA], 1994), de amplia prevalencia a nivel mundial. Existen cerca de 140 millones de personas que padecen diabetes y se espera que para el 2025, este padecimiento, se incremente al doble, así mismo se conoce que el noventa por ciento de todos los casos de diabetes, corresponde al tipo 2 (O.M.S., 1999).

A nivel nacional, la morbilidad por esta enfermedad es de 1.7%, pero se estima, que la mitad de los casos, permanecen sin ser diagnosticados (Secretaría de Salud [S.S.], 1999). En lo que respecta a mortalidad por diabetes esta ocupa el tercer lugar, con una tasa de 38.0 por 100,000 habitantes. Al analizar las estadísticas reportadas por la Secretaría de Salud en 1998, se

observa que la prevalencia general es de 6.3% en el medio urbano y de 1.9% en el medio rural.

En el Estado de Veracruz, este padecimiento se sitúa en el cuarto lugar, dentro de las diez principales causas de mortalidad general con una tasa de 37.6 por 100,000 habitantes y el quinto lugar en la tabla de las diez principales causas de mortalidad en la población en edad productiva. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [S.S.], 1998).

En las unidades de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus ocupa el segundo lugar como motivo de consulta. (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 1997). En 1986, según datos estadísticos del I.M.S.S. en un año se encontraron más de 30 mil ingresos hospitalarios por diabetes, lo que representó un gasto de 230 millones de pesos por dicho concepto; en 1990 hubo un millón de consultas en las que se otorgaron certificados de incapacidad por 15 millones de días, que dieron como resultado un gasto de 8,320 millones de pesos en el primer semestre.

Los principales objetivos del Programa Nacional Diabetes son: "aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones" y para esto se implementan estrategias, entre las cuales se encuentran: "controlar del ochenta al noventa por ciento de los pacientes diagnosticados" y "determinar las frecuencias de la consultas del paciente dependiendo de su control metabólico" (Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana, 1994).

En un Centro de Salud Urbano de Minatitlán, Veracruz, la autora del presente estudio, observó: que el número de pacientes con DT2 que dejan de asistir por lo menos una vez a su consulta, es un promedio de cinco personas por consultorio (12 consultorios), de una población de 250 personas, lo anterior

representa una inasistencia del 43% del total de las personas programadas para la consulta.

Partiendo del supuesto, de que existe un compromiso entre el usuario y el centro de salud a partir del momento de que este acude a su primera consulta, hasta que su control metabólico se estabilice, el presente estudio pretendió determinar: ¿Cómo afectan los factores personales edad, tiempo de padecer la enfermedad, conocimiento de la enfermedad y percepción de la salud así como, las barreras personales e institucionales que perciben las personas con diabetes tipo 2, en su asistencia a consultas programadas, en un centro de salud urbano?

Marco teórico

El presente estudio se condujo bajo el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender (1996). Este modelo es una guía que permitió explorar los fenómenos bio-psico-sociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud.

El MPS, se enfoca a la predicción de los estilos de vida generales de promoción de la salud así como a conductas específicas. Dicho Modelo se integra por tres grandes constructos o conceptos: características y experiencias individuales, cogniciones y afectos específicos de la conducta y resultado conductual (ver figura1).

Características y Experiencias Individuales, de este constructo se desprenden dos conceptos menores: la conducta previa relacionada y los factores personales: la conducta previa relacionada se refiere a los efectos directos e indirectos en función de la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. Los efectos directos pueden verse en la formación de hábitos y los indirectos influyen en la conducta promotora de salud a través de percepciones como: autoeficacia, beneficios y barreras percibidas, así como al

afecto relacionado a la actividad.

Los factores personales se clasifican en: biológicos, psicológicos y socioculturales. Como factores personales biológicos están: sexo, edad, índice de masa corporal, estado de pubertad, estado menopáusico, capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio. Los factores personales psicológicos incluyen: autoestima, automotivación, competencia personal, percepción del estado de salud y la definición de la salud. Por último, los factores personales socioculturales incluyen las variables: raza, etnicidad, aculturación, educación y estado socioeconómico.

Cogniciones y Afecto Específicos de la Conducta, en este constructo se plantean seis elementos básicos de significancia motivacional: Los beneficios percibidos a la acción, barreras percibidas, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales e influencias circunstanciales. El primero de ellos (beneficios percibidos a la acción) son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzadoras de una conducta. Pueden ser intrínsecos o extrínsecos, estos motivan directamente la conducta a través de la determinación del grado de compromiso con un plan de acción.

Las barreras percibidas para la acción, se definen como aquellos bloques, obstáculos y costos personales de emprender una acción dada, pueden ser imaginadas o reales. Usualmente las barreras despiertan motivos de evasión en relación con una conducta dada, de igual manera afectan de forma directa la conducta promotora de salud, siendo un obstáculo para la acción y de forma indirecta reduciendo el compromiso con un plan de acción.

La autoeficacia percibida es un juicio de las capacidades de uno para alcanzar un cierto nivel de desempeño, dentro del mismo se encuentra propuestos cuatro tipos de información: 1. logros del desempeño de la

realización real, 2. experiencias sustitutivas, su auto evaluación y retroalimentación, 3. la persuasión verbal por parte de otros y 4. los estados fisiológicos. La autoeficacia es influida por el afecto relacionado a la actividad y esta a su vez influye en las barreras percibidas a la acción y motiva la conducta promotora de la salud de una manera directa e indirecta.

Afecto relacionado a la actividad, se subdivide en: leves, moderados o fuertes. Reflejan una reacción emocional o respuesta visceral al pensamiento de la conducta misma que puede ser negativa o positiva; aquí es importante determinar el balance relativo entre el afecto positivo y negativo antes, durante y después de la conducta.

El quinto elemento del segundo constructo es lo que la autora llama: influencias interpersonales, se define como las cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros, sus fuentes principales son: la familia, sus iguales y los proveedores de salud; así mismo se incluyen: las normas el apoyo social y el modelado. Estas influencias afectan la conducta promotora de salud directa o indirectamente.

Las influencias circunstanciales, que Incluyen percepciones de las opciones disponibles como: características de demanda y las características estéticas del medio ambiente, ambas propician una conducta dada.

El tercer gran constructo es el resultado conductual en el se ubican tres conceptos menores: compromiso con un plan de acción, demandas y competencias contrarias inmediatas y conducta promotora de salud.

El primero: compromiso con un plan de acción que implica procesos cognitivos subyacentes, al igual que estrategias que pueden ser seleccionadas por el usuario o cliente para vigorizar y reforzar las conductas de salud.

Las demandas y competencias contrarias inmediatas. Estas se refieren a las conductas alternativas que se introducen a la fuerza en la conciencia como

cursos posibles de acción inmediata antes de la aparición pretendida de una conducta promotora de salud planeada. Tanto las demandas como las competencias contrarias pueden descarrilar un plan de acción con el cual uno se ha comprometido.

La conducta promotora de salud, punto final del MPS, esta dirigida básicamente al logro de los resultados de salud positivos para el cliente y están integrados a un estilo de vida saludable.

Definición de términos

Para el presente trabajo, se emplearon los siguientes conceptos del MPS: los factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos; barreras percibidas y conducta promotora de salud (ver figura 2).

Factores Personales biológicos. Fueron consideradas algunas características propias de la persona con DT2 como: la edad, el sexo y tiempo de padecer la enfermedad. La edad se registró en años cumplidos; el sexo, según el genero de la persona a estudiar; el tiempo de padecer la enfermedad considerado como los años transcurridos posteriores al diagnóstico de la DT2.

Factores personales socioculturales. Para el presente estudio, se seleccionó el conocimiento sobre la enfermedad, es decir lo que el sujeto de estudio refirió conocer acerca de su padecimiento, tratamiento y complicaciones que le puede generar la enfermedad que padece.

Factores personales psicológicos: Se selecciono la percepción del estado de salud, la cual se definió como: la percepción que el paciente con DT2 tiene sobre su estado de salud en el último mes.

Barreras percibidas para la acción: Se definió como aquel obstáculo que el usuario del programa de prevención y control de la diabetes percibió, para no asistir o postergar la asistencia a su consulta, estas se dividieron en personales e institucionales. Las barreras personales, se especificaron como la distancia, el

costo personal y la transportación que pueden inhibir la asistencia, del paciente con DT2, a su consulta programada. Las barreras institucionales, fueron catalogadas como el horario de citas, las relaciones entre el personal de salud y el paciente con DT2 y el abastecimiento inadecuado de medicamentos.

Asistencia a consultas programadas. Se consideró el número de veces que acudió el paciente con DT2 a su consulta programada en los últimos seis meses.

Estudios Relacionados

En la revisión de la literatura se encontró que la variable Barreras se ha estudiado en pacientes con tuberculosis pulmonar, de igual manera esta variable no se identificó en estudios relacionados con estilos de vida, pero si en estudios realizados para valorar el ejercicio y la audición, como se refiere en los siguientes estudios:

Martínez, Guiscafré, Fleitas, Cedillo, Muñoz y Muñoz-Cota (1982), reportaron en un estudio realizado sobre factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso que las principales causas de abandono o ingesta irregular de medicamentos se relaciona con la falta de información sobre la enfermedad, la identificación inadecuada entre el grupo familiar y el equipo médico en un 95%, para el grupo de abandono con una $p < 0.01$, las condiciones sociales y educativas deficientes en un 90% para el grupo que abandonó el tratamiento.

Según Manjarrez, Serrano, Cano, Verduzco, Escandon y Escobedo (1993), al investigar las principales causas de abandono del tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar a fin de identificar los factores que condicionan el abandono y evaluar su importancia relativa encontraron que el índice de abandono global era de 42% y que los factores con mayor fuerza de asociación fueron: el vivir en un medio rural ($p < 0.01$), el analfabetismo ($p < 0.01$); sin

embargo el traslado a la institución de más de una hora de camino. ($p = 0.07$) no fue significativa. No hubo asociación con las variables socioeconómicas, ni con el conocimiento de la enfermedad.

En un estudio realizado por Meza y Altuzar (1999), para conocer los factores relacionados al abandono del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar, encontraron factores que se asociaban tanto a la persona como a los servicios de salud. En cuanto a los factores personales las variables sexo, edad y costo de transportación resultaron no significativos, sin embargo, obtuvieron índices porcentuales importantes que a continuación se describen: en el grupo que abandonó el tratamiento predominó el sexo masculino (57% de los pacientes) versus 41% para el grupo que no abandonó; la edad de los pacientes más afectados fluctuaba entre los 20 y 40 años; se trataba de una población joven económicamente activa (46% y 37% para abandono y no abandono respectivamente). El costo del transporte se consideró elevado en ambos grupos (5.8% y 4.8%). Es importante resaltar que dentro de estos factores el único que resultó con significancia fue el concepto incorrecto de la enfermedad ($p < 0.05$). En cuanto a los factores relacionados con la institución los que manifestaron significancia fueron: el abastecimiento insuficiente de medicamentos ($p < 0.05$) y la falta de información sobre utilidad de los servicios ($p < 0.01$).

En un estudio realizado por Walker, Volkan, Sechrist y Pender (1988), para determinar la frecuencia de ejercicio en adultos mayores en la comunidad fueron valorados seis de los siete factores cognitivos perceptuales dentro de los cuales se encontraban las barreras percibidas. El análisis de la ecuación estructural, reportó que los beneficios y barreras tuvieron caminos directamente significativos al ejercicio, no así el resto de las variables. Los componentes del MPS explicaron el 24% de la varianza en la conducta de ejercicio medida con la

subescala de ejercicio de PEPS, durante doce semanas. La eficacia del ejercicio, las barreras al ejercicio, la importancia de la salud y la fase de ejercicio tuvieron valores significativos.

Norton-Broda y Frenn (1995), estudiaron la frecuencia e intensidad de ejercicio en 286 jóvenes de razas diversas: 30% de raza afro-americana, 63% de euro-americanos y siete por ciento de otras herencias raciales. El MPS proporcionó la base para el modelo de predicción de ejercicio examinado en este estudio. Los estudiantes, con el consentimiento de los padres y su consentimiento llenaron el cuestionario diseñado para valorar las variables del modelo dentro de las cuales se encontraban las barreras. El análisis de regresión reveló que solo el 19% de la varianza en el ejercicio fue explicada. Los predictores significativos del ejercicio fueron el sexo, los beneficios del ejercicio y barreras diferenciales, así como el acceso a las instalaciones y programas. Un análisis de camino de exploración [an exploratory path análisis] reveló que del estado de salud percibido afectó indirectamente el ejercicio como conducta promotora de salud a través de las barreras.

Hipótesis

H1. La edad del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H2. El sexo del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H3. El tiempo de padecer la enfermedad del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H4. El conocimiento sobre la enfermedad del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H5. La percepción del estado de salud del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H6. Las barreras que percibe el paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada.

H7. La edad, el sexo, el tiempo de padecer la enfermedad, el conocimiento de la enfermedad, la percepción del estado de salud y la barreras percibidas por el paciente con DT2, tienen efecto en su conjunto sobre la asistencia a su consulta programada.

Capítulo II

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y correlacional (Polit y Hungler, 1999) ya que describen las características de la muestra y buscaron correlaciones entre los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) y las barreras que percibe la persona con diabetes tipo 2, para asistir a su consulta programada.

Población

Personas adultas de ambos sexos, diagnosticadas médicamente con DT2.

Muestreo y muestra

El tipo de muestreo fue probabilístico; el método de selección de las personas de estudio fue aleatorio simple las cuales fueron tomados de los registros de los expedientes de la institución. La muestra fue determinada a través del paquete estadístico Nquery Advisor versión 2.0, con un coeficiente de determinación de 0.16, poder de 80 y una significancia de .05.

Criterios de selección de la muestra

Los criterios de Inclusión fueron: personas diagnosticadas médicamente con diabetes tipo 2, de ambos sexos que estuvieran registrados en el Programa de Control y Vigilancia de la DT2, de un Centro de Salud de una Ciudad del Estado de Veracruz, del período del 1o. de Mayo del 2000 al 30 de Abril del 2001.

Material

En este estudio se utilizó un instrumentos dividido en tres subescalas: Cédula de factores personales, biológicos, socioculturales y psicológicos (CFPBSCP) diseñado por la autora del estudio; Escala de barreras percibidas

(Pender, Walker, Senchrist & Frank-Stromberg, 1998); asistencia a la consulta programada (ver apéndice A).

La cédula de factores personales biológicos, socioculturales y psicológicos del paciente con diabetes tipo 2 "CFPBSCP", se estructuró de la siguiente forma: la primera sección, describe el factor personal biológico el cual se midió a través de tres reactivos que son: edad en años cumplidos, sexo, tiempo de padecer la enfermedad; las preguntas 1 y 3 son abiertas y la pregunta 2 dicotómica.

En la segunda sección, se encuentra el factor personal sociocultural para lo cual se consideró: el conocimiento que tiene el paciente con DT2 acerca de su enfermedad, tratamiento y complicaciones, integrado por las preguntas 4, 5, 6, 7 y 8, las opciones de respuesta son: 1 nada, 2 poco, 3 algo, y 4 mucho. Para calificar esta subescala se obtuvo un índice entre cero y 100, esto permitió valorar que a mayor puntaje mayor conocimiento de la enfermedad.

Para el factor personal psicológico (tercera sección) se consideró la percepción del estado de salud por el paciente con DT2, se midió a través de la Forma Abreviada del Cuestionario de Percepción de la Salud de Estudios de Resultados Médicos (MOS), desarrollada en 1988 por Stewart, Hayes y Ware y traducido al español para su aplicación en población mexicana por Gallegos (1996), ha sido utilizado en población mexicana por Cadena (1999), Campa (1997), Gallegos (1996) y Zamora (2000).

Este instrumento esta conformado por un total de 20 reactivos, con una escala de respuesta de tipo Likert con seis opciones: 1 Todo el tiempo, 2 La mayor parte del tiempo, 3 Buena parte del tiempo, 4 Algo del tiempo, 5 Poco tiempo, 6. Nada del tiempo, para las preguntas de la 1 a la 12 y de la 15 a la 18. Las preguntas 13, 14, requieren respuestas entre cero y uno; los reactivos 19 y 20 entre uno y cinco.

La escala se califica en tres pasos: 1) recodificación de las preguntas tres, cinco, 16, 17, 19 y 20 para sostener el sentido de la puntuación; b) suma de los reactivos de la escala, teniendo un puntaje que oscila entre 18 el valor mínimo y 108 el valor máximo y c) transformación de la puntuación resultante a una escala de 0 a 100 donde a mayor puntuación expresa un mejor resultado en el estado de salud percibido. La confiabilidad de cada subescala se reporta de 0.81 a 0.88 (Stewart, Hayes & Ware, 1988); en estudios realizados en población mexicana se han reportado coeficientes de Alpha de Cronbach de 0.75, 0.78, 0.87 y 0.86 (Cadena, 1999; Campa, 1997; Gallegos, 1996 y Zamora, 2000 respectivamente).

La escala de barreras percibidas cuenta con un total de 14 reactivos los cuales se midieron a través de cuatro opciones de respuesta: 1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Algunas veces de acuerdo y 4 Muy de acuerdo. Se realizó un índice entre cero y 100, esto permitió valorar que a mayor puntaje alcanzado mayores son las barreras percibidas.

Finalmente, la variable asistencia a consultas programadas para su control, se midió con una pregunta en donde se cuestionó al paciente con DT2 lo siguiente: en los últimos seis meses ¿A cuantas citas no pudo asistir?. Posteriormente, para el análisis de los datos, se recodificó y convirtió a positiva tomando la pregunta como: en los últimos seis meses. ¿a cuantas citas asistió?.

Procedimiento

Primeramente se obtuvo el dictamen de la Comisión de Ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se acudió con las autoridades del Centro de Salud para solicitar por escrito la autorización correspondiente para la realización de la investigación en esa Institución (ver apéndice B).

Las personas pertenecientes a la muestra fueron seleccionadas de los

registros del Programa de Control y Vigilancia de la Diabetes tipo 2. La recolección de la información se realizó mediante la entrevista en la Institución y en los hogares de las personas pertenecientes a la muestra debido a que, de los expedientes de los pacientes que salieron electos 42 de ellos no habían acudido a su consulta programada. El instrumento se aplicó en un solo momento con una duración promedio de 20 minutos por persona.

Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los resultados se utilizó al Programa SPSS/Win (Statistical Package for the Social Sciences for Windows), versión 9.0 para windows. Se utilizaron estadísticas descriptivas para obtener frecuencias, proporciones e índices, así como medidas de tendencia central.

Para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para establecer la normalidad de las variables y posteriormente se decidió la prueba estadística de correlación a utilizar (Spearman o Pearson), para la verificación de las hipótesis se empleó un modelo regresión lineal múltiple.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Publicado por la Secretaría de Salud, en el Diario Oficial de la Federación el 06/01/87) en el Título Segundo.

Con la finalidad de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, el estudio contó con el dictamen de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Capítulo I, Artículo 14, fracción VII).

Se solicitó la autorización verbal y escrita a las autoridades del Centro de Salud Urbano de la Secretaría de Salud, de acuerdo a las disposiciones del reglamento de la Ley General de Salud en investigación para la salud en el

Título segundo, Capítulo I, el cual contempla los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Artículo.14, fracciones I, IV, V, VII Y VIII. Así mismo se contó con el consentimiento informado por escrito y firmado por la persona participante en el estudio (Capítulo I, Artículo 14, fracción V; Artículo 20 y 21) y se garantizó el anonimato de los sujetos, así como su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y retirarse del estudio si así lo deseaba (ver apéndice C).

Con base en el Artículo 17, Fracción I; la investigación se consideró sin riesgos ya que en este estudio no se realizó ninguna intervención intencionada que pudiera poner en riesgo la integridad física, moral o psicológica de los sujetos de investigación.

Capítulo III

Resultados

En este apartado se reportan los resultados encontrados del presente estudio en los siguientes apartados: a) Datos descriptivos de los factores personales, barreras percibidas y conducta promotora; b) Correlación entre las variables estudiadas, y c) Estadísticas inferenciales aplicadas para la verificación de las hipótesis.

Consistencia interna del instrumento

Se determinó la confiabilidad de las subescalas del instrumento a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 1 muestra que todas las subescalas son aceptables dado que oscilan entre .77 a .88, según lo referido por Polit y Hungler (1999).

Tabla 1

Consistencia interna de las subescalas del instrumento

Subescalas	Alpha de Cronbach
Conocimiento de la enfermedad	.83
Percepción de la salud	.79
Barreras percibidas	.88

n = 85

Datos descriptivos de las variables de estudio

Factores personales biológicos

La tabla 2 muestra, que del total de personas estudiadas, 84% de ellas son del sexo femenino; la mayor cantidad de población se encuentra entre 45 y 54 años de edad (34%) y 42% de los pacientes tienen entre uno y cinco años que se les diagnosticó médicamente la diabetes tipo 2.

Tabla 2

Factores personales biológicos de la población estudiada.

Factores personales	fr	%
Sexo		
- Femenino	71	84
- Masculino	14	16
Edad		
< 44	19	23
45 – 54	29	34
55 – 64	22	26
65 - +	15	17
Tiempo de padecer la enfermedad		
1 – 5	36	42
6 – 10	21	25
11 – 15	11	13
16 - +	17	20

n = 85

En lo que corresponde a la variable asistencia a la consulta programada, la tabla 3 muestra: que 51% de la población estudiada asistió a todas sus consultas programadas en los últimos seis meses; 48% faltó por lo menos una vez a la consulta y únicamente el 1% no asistió a ninguna de sus citas programadas.

Tabla 3

Asistencia a la consulta programada.

Asistencias	Fr	%
0	1	1
1	2	2
2	3	4
3	7	8
4	8	9
5	21	25
6	43	51

n = 85

La tabla 4 muestra que la media del conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad es de 62.13, una media similar se encontró en la percepción del estado de salud (61.37), lo que indica que existe bajo conocimiento de la enfermedad y percepción del estado de salud en la población de estudio. Así mismo, se muestran los resultados obtenidos de la prueba de Kolmogorov Smirnov, en la cual tres de las cuatro variables mostraron normalidad en la distribución de los datos.

Tabla 4

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Media	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	KS-Z	Valor De p
Conocimiento de la enfermedad	62.13	62.50	20.74	6	100	.26	.76
Percepción del estado de salud	61.37	60.00	17.83	7	97	.74	.001
Barreras percibidas	46.90	48.08	14.71	19	83	.07	.001
Asistencia a consultas programadas	5.00	6.00	1.39	0	6	.001	.001

n = 85

Correlación entre las variables de estudio

La tabla 5 muestra los resultados de las correlaciones realizadas : edad, tiempo de padecer la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, percepción del estado de salud y barreras percibidas con asistencia a consulta. Se observa que las variables independientes edad y conocimientos no mostraron significancia con la asistencia a la consulta programada ($p = .08, .76$ respectivamente).

En cuanto a las variables tiempo de padecer la enfermedad, percepción del estado de salud y barreras percibidas, resultaron significativas (ambas $p < .01$) en relación con la asistencia a consulta programada.

Cabe resaltar que el conocimiento de la enfermedad y la percepción del estado de salud, se correlacionaron significativamente ($p < .03, p < .001$ respectivamente) con barreras percibidas.

Tabla 5

Matriz de correlación de Spearman

Variables	1	2	3	4	5
1. Edad	1				
2. Tiempo de padecer la enfermedad	.48	1			
3. Conocimiento de la enfermedad	-.15	.00	1		
4. Percepción del estado de salud	.02	-.06	.08	1	
5. Barreras Percibidas	-.07	-.13	-.23*	-.29***	1
6. Asistencia a la consulta programada	.19	.24*	-.03	.36***	.49***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$n = 85$

Estadísticas inferenciales para la verificación de hipótesis

Para verificar las hipótesis se utilizó un modelo de regresión lineal simple en donde la variable dependiente fue la asistencia a la consulta programada.

H1. La edad del paciente con DT2 tiene efecto en la asistencia a su consulta programada. En esta hipótesis el resultado del modelo de regresión lineal simple no reportó significancia ($p < .22$), por lo que esta se rechaza, dado que la edad no afecta la asistencia a la consulta programada (ver tabla 6).

Tabla 6

Regresión lineal simple, efecto de la edad sobre la asistencia a la consulta programada

	gl	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	F cal	Valor de p
Regresión	1	2.928	2.928	1.518	.22
Residual	83	160.060	1.928		
Total	84	162.988			

$R^2 = 1.8 \%$

H2. El sexo del paciente con DT2, tiene efecto en la asistencia a su consulta programada. El modelo de regresión lineal simple para la verificación de esta hipótesis, no resultó significativo ($p = .22$), por lo cual se rechaza el planteamiento de que el sexo afecta la asistencia a la consulta programada (ver tabla 7).

Tabla 7

Regresión lineal simple, efecto del sexo sobre asistencia a consulta programada

	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	2.912	2.912	1.510	.22
Residual	83	160.076	1.929		
Total	84	162.988			

$R^2 = 1.8 \%$

H3. El tiempo de padecer la enfermedad del paciente con DT2, tiene efecto con la asistencia a su consulta programada. El modelo de regresión lineal simple utilizado para la verificación de esta hipótesis no fue significativa ($p = .07$), por lo cual se rechaza el planteamiento de que el tiempo de padecer la enfermedad afecta la asistencia a la consulta programada (ver tabla 8).

Tabla 8

Regresión lineal simple, efecto del tiempo de padecer la enfermedad sobre la asistencia a la consulta programada

	Gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	6.321	6.321		
Residual	83	156.667	1.888	3.349	.07
Total	84	162.988			

$R^2 = 3.9\%$

H4. El conocimiento sobre la enfermedad del paciente con DT2, tiene efecto con la asistencia a su consulta programada. El modelo de regresión lineal simple utilizado para la verificación de esta hipótesis no obtuvo significancia ($p = .65$), por lo que se rechaza el planteamiento de que el conocimiento de la enfermedad afecta la asistencia a la consulta programada (ver tabla 9).

Tabla 9

Regresión lineal simple, efecto del conocimiento sobre la asistencia a la consulta programada

	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	.393	.393	.201	.65
Residual	83	162.595	1.959		
Total	84	162.988			

$R^2 = 2\%$

H5. La percepción del estado de salud del paciente con DT2 tiene efecto con la asistencia a su consulta programada. El modelo de regresión lineal simple utilizado para la verificación de esta hipótesis fue significativa ($p < .01$), con una variación explicada de 19.9%, por lo cual se acepta el planteamiento de que el tiempo de padecer la enfermedad afecta la asistencia a la consulta programada (ver tabla 10).

Tabla 10

Regresión lineal simple, efecto de la percepción del estado de salud sobre la asistencia a la consulta programada

	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	32.495	32.495		
Residual	83	130.494	1.572	20.668	.001
Total	84	162.988			

$$R^2 = 19.9 \%$$

H6. Las barreras que percibe el paciente con DT2, tiene efecto con la asistencia a su consulta programada. El modelo de regresión lineal simple utilizado para verificar esta hipótesis resultó significativa ($p < .01$) con una variación explicada de 20.2%, por lo cual se acepta el planteamiento de que las barreras percibidas afectan la asistencia a la consulta programada (ver tabla 11).

Tabla 11

Regresión lineal simple, efecto de las barreras sobre la asistencia a la consulta programada

	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	32.999	32.999		
Residual	83	129.989	1.566	21.070	.001
Total	84	162.988			

$$R^2 = 20.2 \%$$

H7. La edad, el sexo, el tiempo de padecer la enfermedad, el conocimiento de la enfermedad, la percepción del estado de salud y las barreras percibidas por el paciente con DT2, tienen efecto en su conjunto sobre la asistencia a su consulta programada. La tabla 12 muestra el modelo general de regresión utilizado para verificar esta hipótesis y se observa que fue significativo ($p < .01$)

Tabla 12

Modelo general de regresión lineal múltiple

Modelo	gl	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	F cal.	Valor de p
Regresión	6	64.348	10.725		
Residual	78	98.640	1.265	8.481	.001
Total	84	162.988			

$$R^2 = 39.5\%$$

Para valorar el efecto de las variables independientes edad, sexo, tiempo de padecer la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, percepción del estado de salud y barreras percibidas sobre la asistencia a la consulta programada se empleo un modelo de regresión múltiple; este mostró que solo tres de las seis variables estudiadas: tiempo de padecer la enfermedad ($p < .05$); percepción del estado de salud ($p < .01$) y Barreras percibidas ($p < .01$) fueron significativos, con una variación explicada 39.5 % por lo que se acepta parcialmente la hipótesis 7 (ver tabla 13).

Tabla 13

Modelo de regresión lineal múltiple, efecto de las variables independientes (edad, sexo, tiempo de padecer la enfermedad, conocimiento de la enfermedad, percepción del estado de salud y barreras percibidas), sobre asistencia a la consulta programada

Modelo	B	Error Estándar	t	Valor de p
Constante	5.635	1.147	4.912	< .001
Edad	-.0002	.014	-.174	.86
Sexo	-.341	.339	-1.007	.32
Tiempo de padecer la enfermedad	-.004	.020	1.996	.05
Conocimiento de la enfermedad	-.001	.006	-1.879	.06
Percepción del estado de salud	-.003	.007	4.222	< .001
Barreras percibidas	-.003	.009	-3.822	< .001

$R^2 = 39.5 \%$

Capítulo IV

Discusión

Los conceptos propuestos: factores personales, barreras percibidas y conducta promotora de salud del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) se verificaron parcialmente a través de los resultados de la presente investigación en un grupo de pacientes con DT2.

El factor personal biológico edad, no afectó la asistencia a consultas programadas ya que no se encontró significancia estadística que apoyara tal efecto, lo anterior no es acorde con los hallazgos reportados por Meza y Altuzar (1999), en cuyo estudio la edad fue estadísticamente significativa. Tal vez la diferencia en este estudio se deba a que, los rangos seleccionados fueron de 10 años; mientras que en el estudio se eligieron rangos de 20 años. Cabe mencionar que el estrato de la población que Meza estudio fue entre 11 y 40 años en cambio el presente estudio abarco población de 31 a 80 años.

El factor personal biológico sexo, no afectó la asistencia a consultas programadas ya que no se encontró significancia que apoyara tal efecto, lo anterior no es acorde con los hallazgos reportados por Meza y Altuzar (1999), en cuyo estudio el sexo fue estadísticamente significativo. Es posible que los resultados se debieron a que la muestra no presentó homogeneidad en el género de los sujetos de estudio, puesto que 83% de la población estudiada fueron mujeres; mientras que la población del estudio anterior tendió a ser más homogénea (57% hombres y 43% mujeres).

El tiempo de padecer la enfermedad y la percepción del estado de salud como factores personales biológico y psicológico respectivamente, mostraron efecto significativo con la asistencia a la consulta programada. Esto es acorde con lo planteado por Pender (1996), quien señala que los factores personales influyen directamente sobre las conductas de salud.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad, como factor sociocultural que afecta la asistencia a la consulta, no se encontró significancia estadística, esto coincide con lo reportado por Manjarrez, et al. (1993), quienes encontraron que esta variable no tiene asociación con el abandono del tratamiento. Contrario a ello está lo referido por Martínez, et al. (1982), en donde la falta de información sobre la enfermedad fue identificada como una de las principales causa de abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis. Es importante destacar que la comparación se hizo con los resultados de pacientes con patología diferente a la de la población de estudio; lo que permite pensar que los pacientes que padecen tuberculosis se ven más afectados por que esta, ya que incide en uno de los signos vitales (respiración), mientras que la diabetes tipo 2 en sus manifestaciones iniciales es menos agresiva y en consecuencia la tendencia a cuestionar por el tipo de enfermedad es menor que en el paciente con tuberculosis.

Las barreras que percibe el paciente (distancia, costos, transportación, horario de citas, relaciones interpersonales y abastecimiento de medicamentos) afectan su asistencia a la consulta programada. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Meza y Altuzar (1999), en donde las barreras manifestaron una significancia importante entre ellas. Otros autores llegaron a similares conclusiones: Walker, Volkan, Sechrist y Pender (1988), reportaron que las barreras tuvieron caminos directamente significativos para la realización de la conducta promotora; Norton-Broda y Frenn, (1995), reportan que uno de los predictores más significativos para la realización de una conducta promotora son las barreras percibidas.

Conclusiones

La confiabilidad de cada una de las subescalas del instrumento que se utilizó fueron aceptables.

El estudio mostró que los factores personales (tiempo de padecer la enfermedad y la percepción del estado de salud) y las barreras percibidas (distancia, costos, transportación, horario de citas, relaciones interpersonales y abastecimiento de medicamentos) afectan la asistencia del paciente con DT2 a su consulta programada. El estudio también mostró que la edad, el sexo y conocimiento de la enfermedad no afectan la asistencia a la consulta programada de los pacientes con DT2.

Recomendaciones

Realizar un estudio con énfasis en la variable de conocimiento de la enfermedad, dado que esta obtuvo una media similar a la de percepción (62.13 y 61.37 respectivamente), sin embargo el conocimiento no obtuvo significancia (.06) que indicara que esta variable tuviese efecto sobre la asistencia.

Se recomienda un estudio que contemple el efecto de la autoeficacia en la barreras y su efecto individual y en conjunto con la asistencia a consultas programadas.

Llevar a cabo un estudio que permita caracterizar las diferencias entre el grupo que asistió a todas sus consultas contra el grupo que faltó una o más veces, a fin de visualizar con mayor detenimiento si el efecto es el mismo en ambos grupos.

Referencias

Cadena, F. (1999). Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la Ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Campa, T. (1997). Capacidad de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Gallegos, E. (1996). The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care and self-care of adult Mexican women. Un published Doctoral dissertation, Wayne University, Detroit, Michigan, EE.UU.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], Secretaría de Salud [S.S.], (1998). Estadísticas Vitales. Pagina Web. Disponible en:

Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S., 1986). Evaluación interinstitucional del Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.,1997). Boletín epidemiológico anual. México.

Manjarrez, M. E. M., Serrano, M. V., Cano, P. G., Verduzco, G. E., Escandon, R. C., y Escobedo, D. J. (1993). Principales causas de abandono del tratamiento contra la tuberculosis pulmonar. Gaceta Médica de México, 129,1, 57-62.

Martínez, G. M. C., Guiscafré, G. H., Fleitas, E. E., Cedillo, H. M. L., Muñoz, H. O. y Muñoz-Cota, M. C., (1982). Factores que influyen en el abandono del tratamiento antituberculoso y valoración de un programa de vigilancia familiar. Revista Médica del I.M.S.S., 20, 667-675.

Meza, H. A. y Altuzar, G. M. (1999). Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (México), 7, 1, 27-31.

Norton-Broda, M.A. y Frenn, M., (1995). Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior. School Health, 65 (6): 213 -219.

Organización Mundial de la Salud (1999). La diabetes un problema mundial: [http:// www.elmundo.es/salud.com](http://www.elmundo.es/salud.com).

Pender, N.J., Walker, S.N., Senchrist, K.R. & Frank – Stromberg, M. (1998). Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39, 6:326 – 332.

Pender, N.J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice (3ª. Ed.) Stamford, Conneticut: Appleton & Lange.

Polit, D. F. y Hungler, B. P. (1999). Investigación científica en Ciencias de la Salud. (5ª. Ed.). México: McGraw-Hill.

Secretaría de Salud (1994). Norma Oficial Mexicana Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes NOM – 015-SSA2-1994 .

Secretaría de Salud (1987), Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Secretaria de Salud (1986). Norma técnica No. 66 para la prevención y control de la hipertensión esencial y la diabetes tipo 2, en la atención primaria de salud. Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud (1999). Boletín epidemiológico anual de morbi-mortalidad. Jurisdicción número XI, Veracruz, México.

Stewart, A., Hayes, R. y Ware, J. (1988). Communication the MOS short – form general survey; reliability and validity in a patient population. *Medical Care* 26 (7): 724 – 732.

Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R. y Pender, N.J. (1988). The Health - Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*; 36(2): 76-81.

Zamora, V. (2000). Estado de salud y autocuidado en adultos expuestos a enfermedad cardiovascular. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Apéndices

Apéndice A

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACION**



Cedula de factores personales biológicos, socioculturales, psicológicos, barreras percibidas y asistencia a la consulta programada.

Numero de cuestionario _____

Le pido muy amablemente su participación para que conteste las siguientes preguntas de forma exacta y objetiva, por su participación gracias.

1. Factores personales**A). Biológicos.**

- 1.- Edad en años cumplidos: _____
- 2.- Sexo a. Femenino () b. Masculino ()
- 3.- ¿Cuántos años hace que le diagnosticaron la diabetes?

B). Socioculturales.

	MUCHO	ALGO	POCO	NADA
4.- ¿Cuánto cree que sabe sobre su enfermedad?	4	3	2	1
5.- ¿Cuánto sabe sobre cómo hacer sus glicemias?	4	3	2	1
6.- ¿Cuánto sabe sobre las complicaciones de la diabetes?	4	3	2	1
7.- ¿Cuánto conoce sobre la dieta que le indica su médico para su diabetes?	4	3	2	1
8.- ¿Cuánto conoce sobre los medicamentos que le indica su médico para su diabetes?	4	3	2	1

C). Psicológico.

c. 1. Instrucciones: En cada una de las siguientes preguntas, seleccione el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el mes pasado.

EN EL MES PASADO	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo de tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1.- ¿Cuánto tiempo se vio limitado en sus actividades sociales por motivos de salud (ejemplo visita a sus amigos o familiares cercanos)?	1	2	3	4	5	6
2.- ¿Cuanto tiempo ha sido usted una persona nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3.- ¿Cuánto tiempo ha sido una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4.- ¿Cuánto tiempo ha sido una persona desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
5.- ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
6.- ¿Cuánto tiempo se ha sentido desanimado (a) que nada podía animarlo (a)?	1	2	3	4	5	6

c. 2. Por cuanto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
7.- El tipo y cantidad de actividades pesadas que ud. puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes rudos.	1	2	3	4	5	6
8.- El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3	4	5	6
9.- Caminar cuesta arriba o subir varios escalones por la escalera.	1	2	3	4	5	6
10.- Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	1	2	3	4	5	6
11.- Caminar una cuadra.	1	2	3	4	5	6
12.- Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1	2	3	4	5	6

13.- ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?

3. por más de tres meses.
2. por tres meses o meno.
1. No

14.- ¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?

3. Sí por más de tres meses
2. Sí por tres meses o menos
1. No

c. 3. Por favor seleccionar el número (1 al 6) que describa mejor si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted.

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
15.- Estoy algo enfermo.	1	2	3	4	5	6
16.- Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco	1	2	3	4	5	6
17.- Mi salud es excelente	1	2	3	4	5	6
18.- Me he sentido mal recientemente.	1	2	3	4	5	6

19.- En general diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Deficiente

20.- ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?

1. Ninguno
2. Muy breve
3. Leve
4. Moderado
5. Grave

II. BARRERAS PERCIBIDAS.

En el listado de abajo hay un número de situaciones que puede hacer más difícil seguir las acciones indicadas. Para cada una de ellas, por favor marque uno de los números para saber que tan frecuente le ocurre esa situación usando la escala del 1 al 4.

Escala:

¿ Con qué frecuencia se le presenta a Usted cada una de las siguientes situaciones?

	MUY DE ACUERDO	ALGUNAS VECES DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1.- Falto a la consulta porque no tengo para el transporte.	4	3	2	1
2.- El transporte me deja lejos de la consulta o de mi casa por eso no asisto.	4	3	2	1
3.- Falto a la consulta por que no tengo para pagarla.	4	3	2	1
4.- Falto a la consulta porque no tengo para pagar los medicamentos.	4	3	2	1
5.- Falto a la consulta porque necesito trabajar.	4	3	2	1
6.- Cuando voy a consulta nunca me toca el mismo médico.	4	3	2	1
7.- Falto a consulta porque el personal no me trata bien.	4	3	2	1
8.- Cuando voy a consulta me lleva toda la mañana o toda la tarde.	4	3	2	1
9.- Cuando asisto a consulta, no hay medicamentos.	4	3	2	1
10.- Cuando me dan el medicamento, no es el que el médico me receto.	4	3	2	1
11.- Me cansa ir a la consulta.	4	3	2	1
12.- La consulta me toma mucho tempo de mis responsabilidades familiares	4	3	2	1
13.- Pienso que la gente que va a consulta pierde su tiempo.	4	3	2	1
14.- Ir a la consulta es mucho trabajo.	4	3	2	1

III. ASISTENCIA A CONSULTAS PROGRAMADAS

1.- En los últimos seis meses ¿a cuantas citas no pudo asistir?

0 1 2 3 4 5 6



Apéndice B
UNIVERSIDAD VERACRUZANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CAMPUS MINATITLAN

ENF.443/2000

DRA. RAFAELA SÁNCHEZ FIGUEROA
 DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD
 P R E S E N T E.-

Por medio del presente solicito a usted, autorización de esa Institución que dignamente dirige para que la LIC. ENF. CLAUDIA BEATRIZ ENRIQUEZ HERNÁNDEZ realice una Investigación en el Grupo de Diabéticos como parte de las actividades de la materia TESIS I de la Maestría en Ciencias de la Enfermería que se lleva a efecto en esta Facultad.

Por la atención que se sirva proporcionar al presente le doy las gracias anticipadas.



ATENTAMENTE

"LIS DE VERACRUZ: ARTE, CIENCIA , LUZ"

Minatitlán, Ver., 9 de Octubre del 2000

CENTRO DE SALUD
 LA UNIDAD
 CENTRO DE SALUD URBANO
 MINATITLAN, VER.

10-10-2000

LIC. ENF. MANUELA TÉLLEZ ZARATE
 DIRECTORA

UNIVERSIDAD VERACRUZANA



FACULTAD DE ENFERMERIA
MINATITLAN, VER.

c.c.p. LIC. PSIC. DAVID CANTON CRUZ.- Jefe de Enseñanza
 c.c.p.- Minutario

Apéndice C

Consentimiento Informado

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene relación con mi enfermedad. Considero. Considero que los resultados de éste estudio serán de beneficio para mejorar los Programas de Atención a los pacientes con Diabetes.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca de mi estado de salud y mi enfermedad.

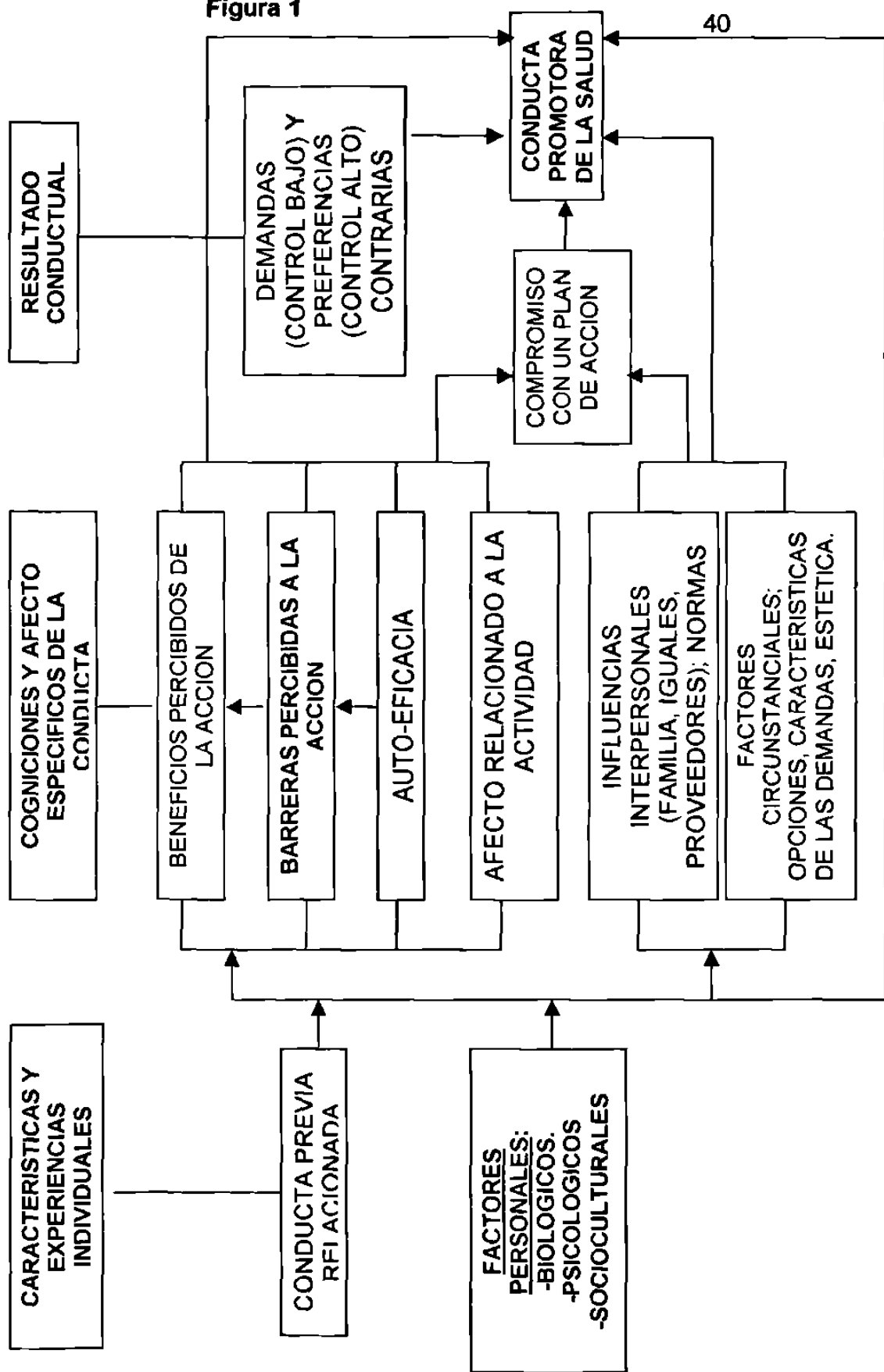
La Lic. En Enfermería Claudia Beatriz Enríquez Hernández, me ha explicado que ella es la responsable de la investigación y que la está realizando como parte del Programa de Maestría en Ciencias de la Enfermería. Que no implica ningún riesgo, así mismo se me dijo que los datos que yo le proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual y también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Firma del entrevistado

Firma del Investigador

Minatitlán, Ver. A _____ del 2001

MODELO REVISADO DE PROMOCION DE LA SALUD
 NOLA J. PENDER (1996)



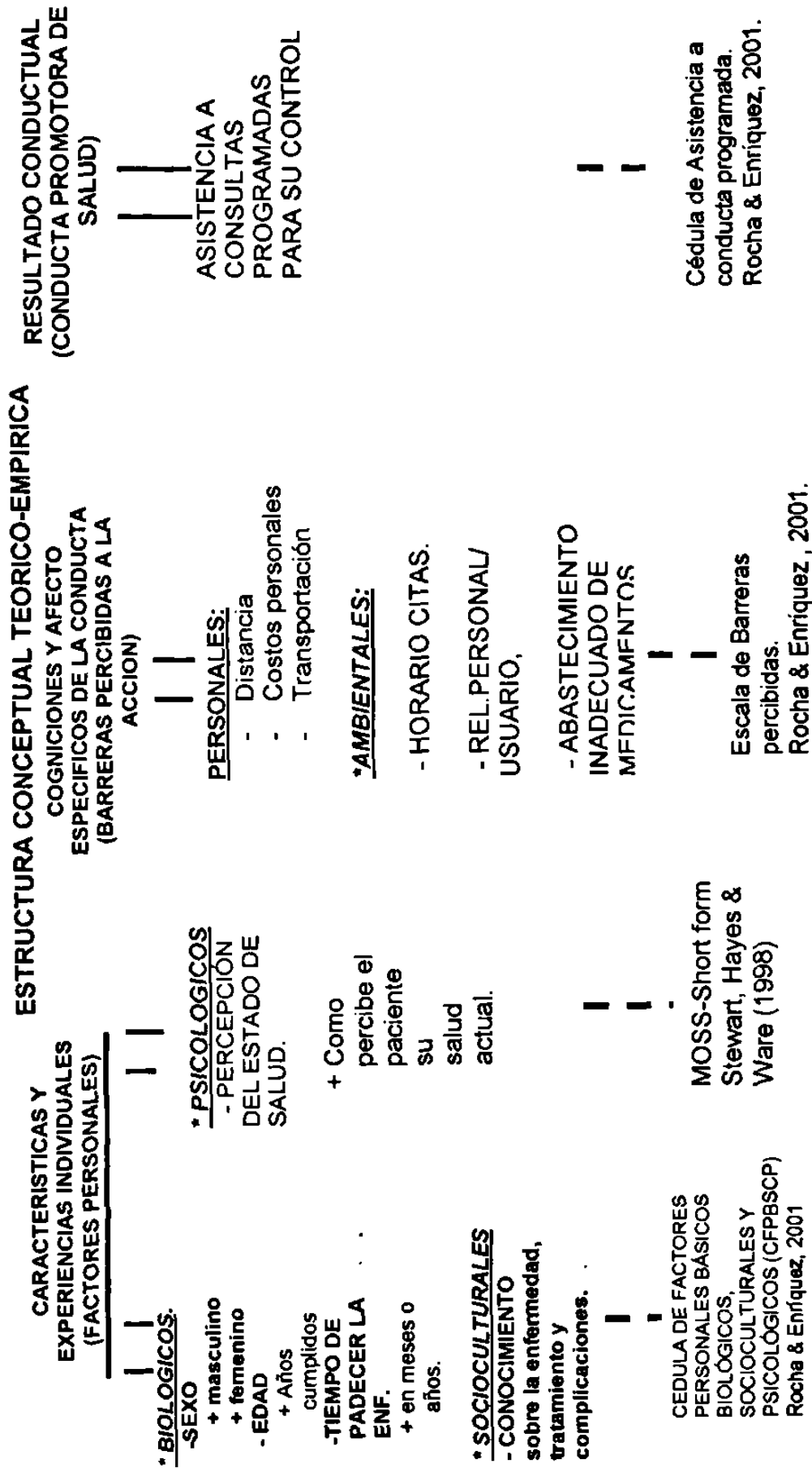


Figura 2

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Claudia Beatriz Enríquez Hernández

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

Tesis: FACTORES PERSONALES, BARRERAS PERCIBIDAS Y
ASISTENCIA A CONSULTA DE PERSONAS CON
DIABETES TIPO 2

Campo de estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Datos personales: Nacida en Orizaba, Veracruz, el día 9 de Abril de 1974, hija del M.V.Z. Manuel Enríquez Escobedo y la Sra. Eida Gracia Hernández Santiago.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán de la Universidad Veracruzana, grado obtenido de Licenciado en Enfermería en la modalidad de titulación por promedio y primer lugar de la generación 1994-1998.

Experiencia Profesional: Servicio Social en la dirección de la Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán de la Universidad Veracruzana, Coordinadora del programa de rescate de la medicina tradicional, Coordinadora del Simposium latinoamericano "Liderazgo para el nuevo siglo", académico del curso nivelatorio de auxiliares de enfermería, académico de asignatura de la Facultad de Enfermería Campus Minatitlán de Enero 2000 a la fecha.

E-mail: angel_azul5@hotmail.com



