

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ACCIONES DE AUTOCAUIDADO POR DESVIACION
DE LA SALUD EN EL ADULTO CON DIABETES
TIPO 2**

Por

LIC. IRMA PATRICIA MOTA FLORES

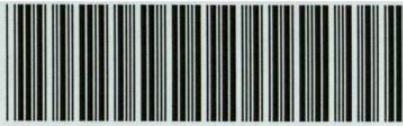
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

AGOSTO, 2001



ACCIONES DE AUTOCUIDADO PARA DESVIAACION POR DEFECTOS DE ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN LA SALUD EN ADULTOS TIPO 2

ASOCIACION ESPAÑOLA DE DIABETES | P.M.A.F.



1080093853

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ASIGNACIONES DE AUTOEVALUACION POR DESVIACION
DE LA SALUD EN EL ADULTO CON DIABETES
TIPO 2

Por

LIC. IRMA PATRICIA MOTA FLORES

Requisito parcial para obtener el grado de
LICENCIATURA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con énfasis en Salud Comunitaria

AGOSTO, 2001

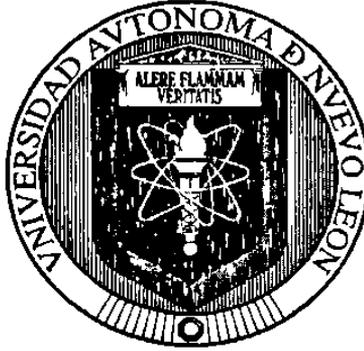
TM
RC660
MG
2001



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ACCIONES DE AUTOCUIDADO POR DESVIACIÓN DE LA SALUD EN EL
ADULTO CON DIABETES TIPO 2**

Por

LIC. IRMA PATRICIA MOTA FLORES

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

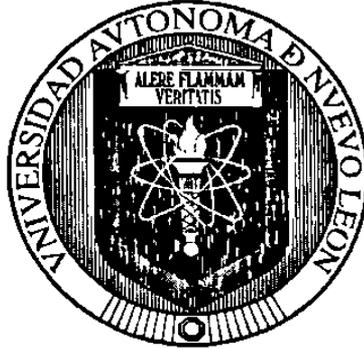
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ACCIONES DE AUTOCUIDADO POR DESVIACIÓN DE LA SALUD EN EL
ADULTO CON DIABETES TIPO 2**

Por

LIC. IRMA PATRICIA MOTA FLORES

Director de Tesis

M. E. VELIA MARGARITA CÁRDENAS VILLARREAL

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

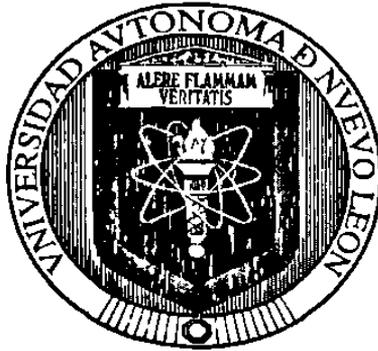
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ACCIONES DE AUTOCUIDADO POR DESVIACIÓN DE LA SALUD EN EL
ADULTO CON DIABETES TIPO 2**

Por

LIC. IRMA PATRICIA MOTA FLORES

Asesor Estadístico

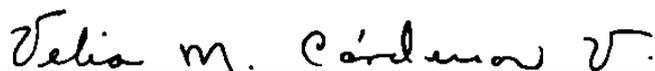
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

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

Agosto, 2001

ACCIONES DE AUTOCUIDADO POR DESVIACIÓN DE LA SALUD EN EL
ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Aprobación de Tesis



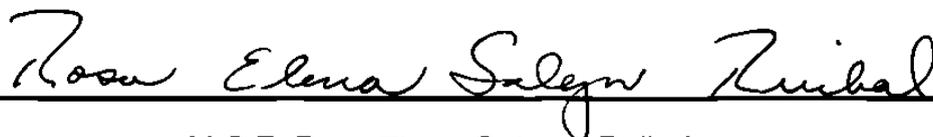
M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Director de Tesis



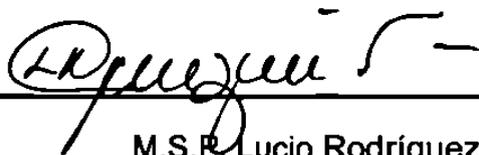
M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal

Presidente



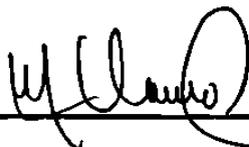
M.C.E. Rosa Elena Salazar Ruibal

Secretario



M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar

Vocal



M.S.P. Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

DEDICATORIAS

A Jehová, que me ha dado la fortaleza y fe necesarias para superar las adversidades y me ha permitido demostrarme que toda meta, es alcanzada si cultivamos los dones del espíritu con el que nos dotó.

Gracias señor mío por tus bendiciones, por permitirme recordar tu nombre en todo momento y sentir tu benevolencia, por el amor de mi familia, mis amigos y el apoyo de quienes sin conocerme, me brindaron su confianza.

A la memoria de quienes me amaron y no vieron llegar este momento:

Mis padres:

†C.P. Jesús Mota Bravo y Sra. Lilia Flores González de Mota

Mi abuelita amada:

†Sra. Dolores Bravo Cid de Mota

Porque su ejemplo me enseñó que no debía dejarme abatir por las despedidas, que son necesarias como una preparación para el reencuentro, y es seguro que los seres queridos se reencontrarán cuando cumplan su misión en la tierra, cuando llegue a su fin, todo un ciclo vital...

A mi tía : Catalina Mota Bravo

Por ser para mi una madre ejemplar, brindarme su amor y confiar siempre en mis capacidades, por su dedicación y entrega a la familia.

Con amor a mi esposo: Ing. Rogelio Pérez Gutiérrez . Por ser el pilar de mis esfuerzos, entender mis deseos de superación , respaldarlos y enseñarme a disfrutar la felicidad que brinda el saberse amado.

Por todos los años de sueños e ilusiones compartidos, por saber ser mi amigo y compañero. Gracias por tu dedicación a la familia y tu apoyo permanentes, por formar conmigo el lazo triple que nos une...

A los seres que llenan mi vida de ternura, obsequian mis momentos con su amor genuino y son la compensación de todo lo sufrido, mis hijos:

Lilia Raquel , Delia Patricia y Rogelio Alán

Deseo fervorosamente, que el ejemplo del esfuerzo constante les acompañe, que las experiencias vividas en familia, sean base de los anhelos y éxitos de su vida futura.

Este logro es básicamente gracias a ustedes, por el tiempo que me permitieron dedicar a este sueño personal, pusieron siempre lo mejor de cada uno para entibiar mi alma y entendieron mi cansancio y necesidades.

Su amor es el estímulo más grande para mí.

A mis hermanos: Ma. Dolores, Ma. Esthela, Jesús y Marcos. Por mantener nuestro lazo de amor filial. Por el respeto y goce genuino, que han sabido mantener a pesar de la distancia. Por estar siempre detrás mío y compartir mis anhelos como propios. Los amo...

A mis cuñados: Rodolfo, Roberto, Angélica y Alma Nelly por amar a mis hermanos y ofrecerme un lugar en su corazón.

A mis sobrinos: Lizbeth, Luz Ariadna y Landy. Mis muñecas de antaño, mis compañeras de siempre...

Rodolfo, Alberto, Denis, Willy, Víctor Arturo, Alma Lilia, Marcos e Isis.

Deseo lo mejor para cada uno de ustedes. Persigan sus ideales, el éxito es la miel para los que perseveran.

A mis bebitos: Tabata, Mariana, Pablo Roberto, Salma y Baby. Deseo que la vida les depare un cúmulo de bendiciones.

A mi suegra Sra. Raquel Gutiérrez Castro y mis cuñadas Maribel , Minerva Yolanda y Blanca por su cariño sincero, por amar a los míos.

A Lic.Enf. Liliana Raquel Pérez Gutiérrez. Por tu cariño , ternura y entusiasmo. Deseo que ames la profesión que elegiste, sigas el camino de la superación y alcances todas tus metas.

A Dr. Angel Puig Nolasco. Por ser ejemplo de superación profesional y un excelente amigo y compañero, por su confianza y apoyo.

A Isabel Lara Cortés de Gómez y familia. Por su excelente disposición y apoyo, por saber ser una hermana más que amiga, por todos los momentos compartidos, por permitirme formar parte de sus afectos.

M.C.E. Irma Lozano Guzmán. Que me ayudó a confiar en que el tiempo de Dios es perfecto y nada sucede sin su voluntad. Por mostrarme que el verdadero amigo llega cuando los demás se han ido... Por su apoyo y amistad.

A quienes compartieron conmigo este sueño y en los momentos de alegría o desaliento, brindaron la mano fuerte y amigable que estuvo junto a mí:
Pedro, Rosa Armida, Maru, Karina, Haydeé, Elia y Toñita.

AGRADECIMIENTOS

Lic.Enf. E.P.C. Manuela Téllez Zárate, Directora de la Facultad de Enfermería, Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán. Por su ejemplo de esfuerzo constante, su energía para el logro y su gestión para hacer realidad este anhelo. Con admiración y respeto.

M.E.S. Rosalía Castillejos Luis Secretaria Académica de la Región Coatzacoalcos Minatitlán, Universidad Veracruzana. Por su amistad, sencillez e interés en la superación profesional.

M.E.S. Alicia Gallegos Vásquez Secretaria Académica de la Unidad de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana Campus Minatitlán. Por su ejemplo de superación y esfuerzo, su gran calidad humana y por permitirme compartir su cariño con los míos, con admiración y cariño.

Autoridades del Hospital Regional de Petróleos Mexicanos de Minatitlán, Ver., por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A mis compañeros representantes del FESAPAUV. Ing Fernando Cansino C. y Biol. Raúl Guillaumín E. Por sus atenciones y apoyo.

A mi asesora, M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal. Por compartir conmigo su tiempo y conocimientos. recordarme que los límites llegan hasta donde uno los traza, con la consigna de superar todos los días lo que hicimos ayer. Por la oportunidad de conocerla como persona con admiración y afecto.

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo. Por ser ejemplo profesional y humano, por su confianza y apoyo, por tener siempre la disposición de animarme a continuar. Por su amistad. Gracias.

M.C.E. Ma.Del Refugio Durán López . Por la calidad humana que la caracteriza, por tener siempre un detalle o una palabra amable para motivarme en los momentos de desaliento. Por ser ejemplo a seguir.

M.C.E. Santiago Esparza Almanza. Por su presencia cálida que me infundió entusiasmo a pesar de la distancia.

M.S.P. Lucio Rodriguez Aguilar. Por su apertura y sencillez, las experiencias de aprendizaje compartidas y por brindarme su amistad.

M.S.P. Dora Elia Silva Luna. Por las experiencias compartidas cuando tuve el privilegio de ser su alumna, su ejemplo de entusiasmo, su calidez y amabilidad.

Por impregnar siempre su trato de calidez y sencillez, por su gran calidad humana y por permitirme recordar que la docencia es un compromiso en primera instancia, con nuestra conciencia. Con admiración a M.S.P. Santa Angelita Luna López.

M.C.E. Dolores Corona Lozano. Por tener la sensibilidad de percibir las inquietudes del que inicia el camino, la amabilidad, apoyo y afecto que me brindó.

M.E. Rosalinda Martínez Lozano. Por su ejemplo de entusiasmo y compromiso, su gran calidad humana y su trato cariñoso.

Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán. Por su excelente disposición, compromiso y entrega profesional que son ejemplo a seguir, por entender las limitaciones de la inexperiencia y tener la sensibilidad para potencializar las capacidades. Por su sencillez y amistad.

Dra. Xóchitl Martínez Ramírez . Por la autenticidad, calidad humana y sensibilidad que caracterizan su enseñanza que son elementos imprescindibles en la tarea docente. Por todas las experiencias de aprendizaje compartidas.

Al personal administrativo, técnico, de apoyo y manual de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo, la calidez de su trato y dedicación, brindados en todo momento, en especial a Nidia, Silvia, Anel, Sr. Pedro y Sra. Tomy, que con su diligencia y atenciones facilitaron mi estancia en la Facultad...gracias.

A Elsita Cárdenas, por sus atenciones y apoyo para mi trabajo, cuando fue necesario.

A las personas de las que recibí un gesto o una palabra amable cuando el desánimo y el cansancio llegaron a alcanzarme, porque su oportuna presencia, me infundió el valor necesario para continuar el camino, especialmente a : Naty Villalobos, Carmelita e Irma Sosa y Esther Cruz.

A las personas que amablemente accedieron a participar en este estudio, por su confianza, tiempo y paciencia. Gracias.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	3
Definición operacional	5
Estudios relacionados	6
Hipótesis	8
Capítulo II	
Metodología	9
Diseño del estudio	9
Población	9
Plan de muestreo	9
Muestra	9
Criterios de inclusión	9
Material	10
Cuestionario de Factores Condicionantes Básicos (FCB)	10

Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD)	11
Escala de Ajuste Psicológico a la Diabetes (ATT39)	11
Procedimiento de recolección de información	12
Estrategia de Análisis	14
Consideraciones éticas	14
Capítulo III	
Resultados	16
Estadística descriptiva	17
Factores condicionantes básicos	17
Acciones de autocuidado por desviación de la salud	19
Estadística inferencial	21
Capítulo IV	
Discusión	27
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias	30
Apéndices	
A. Estructura conceptual teórico—empírica	33
B. Carta de Consentimiento	34
C. Cuestionario de Factores Condicionantes Básicos	35
D. Escala de Cuidado en Diabetes (EACD)	36
F. Escala de Ajuste Psicológico a la Diabetes (ATT39)	38

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Criterios para evaluar el grado de control del paciente con diabetes	10
2	Coefficiente de Alpha de Cronbach de la Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes y Escala de Ajuste Psicológico a la Diabetes	16
3	Estadísticas descriptivas de la condición de salud del adulto con diabetes tipo 2	17
4	Clasificación del control de la presión arterial, glucemia e índice de masa corporal del adulto con diabetes tipo 2	18
5	Porcentaje de complicaciones y comorbilidad en el adulto con diabetes tipo 2	19
6	Estadísticas descriptivas de los índices de acciones de autocuidado en relación con el tratamiento del adulto con diabetes tipo 2	20
7	Estadísticas descriptivas del ajuste psicológico del adulto con diabetes tipo 2	21
8	Prueba de normalidad de Kolmogorov –Smirnov para las variables edad, años de padecimiento, glucemia, IMC, índice de acciones de autocuidado e índice de ajuste psicológico a la diabetes	23
9	Matriz de Correlación de Pearson de las variables edad e índice de acciones de autocuidado relacionadas con el tratamiento en el adulto con diabetes tipo 2	23
10	Prueba t para muestras independientes de la variable género y acciones de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2	24
11	Correlación de Spearman para percepción del estado de salud y acciones de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2	25

RESUMEN

Irma Patricia Mota Flores

Fecha de graduación: Agosto, 2001

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: ACCIONES DE AUTOCUIDADO POR DESVIACION DE LA SALUD EN EL ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Número de páginas: 55

Candidato para obtener 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 fue conocer las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2 y si éstas se relacionan con factores condicionantes básicos como edad, sexo y estado de salud. El estudio fue descriptivo y correlacional, se fundamentó en la Teoría del Déficit de Autocuidado Orem, (1993). El muestreo fue por conveniencia, la muestra se determinó con un nivel de significancia de .05, potencia de prueba 80%, y se integró por 80 personas adultas con diabetes tipo 2, de una institución de segundo nivel del sur del estado de Veracruz. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos: Cuestionario de Factores Condicionantes Básicos, (CFCB). Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes: EACD (Toobert & Glasgow, 1993) y Escala para estimar el ajuste Psicológico del Diabético: ATT39, (Dunn, Smart, Beeney & Turtle, 1986). El análisis estadístico se hizo a través de estadísticas descriptivas, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Coeficiente de Correlación de Pearson, Prueba t para muestras independientes, Coeficiente de Correlación de Spearman y Regresión Lineal Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: La Teoría del Déficit de autocuidado de Orem fue útil para identificar las medidas que deben aplicarse en los niveles de prevención para limitar el daño y satisfacer los requisitos de autocuidado. De acuerdo a los resultados se concluye: Las acciones que más practican los adultos con diabetes tipo 2, están relacionadas con el consumo de medicamentos prescritos con una media de 86.56 ($DE=14.31$). La edad, el estado de salud percibido y la condición de salud, no se relacionan con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2. Las medias de las acciones de autocuidado no se diferencian según el género.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: Velio M. Córdoba V.

Capítulo I

Introducción

En México, la Diabetes ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónicas, representa la tercera causa de mortalidad general y su prevalencia entre la población mayor de 50 años, es de 20.7%,(Secretaría de Salud, 1994). Una proporción importante de las personas desarrolla la diabetes antes de los 45 años de edad, alrededor del 8.2% de la población de 20 a 69 años tiene diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconocen que tienen la enfermedad. Es la causa más importante de complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal, también es uno de los factores de riesgo más importantes de las enfermedades cardiovasculares. (Secretaría de Prevención y control de enfermedades, 2001).

La investigación ha mostrado que muchas de las complicaciones que sufren las personas con diabetes pueden retrasarse o prevenirse a través de un tratamiento intensivo y adecuado, lo que implica que la persona modifique su estilo de vida con el fin de mantener un control glucémico cercano a lo normal y lograr una evolución clínica satisfactoria (Clement, 1995). Sin embargo, al igual que muchos enfermos crónicos, el automanejo efectivo del régimen de la diabetes es con frecuencia inadecuado (Glasgow, 1995).

La falta de cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes con diabetes se ha asociado con una condición de complejidad, que implica llevar un control de la enfermedad (dieta, ejercicio, medicamentos, monitoreo, consultas, revisión de extremidades), requiere de cambios conductuales para toda su vida (Rhonda, 1993).

Se han hecho intentos por comprender la dinámica que subyace en el

cumplimiento y no cumplimiento del tratamiento, con la esperanza de poder proponer formas efectivas de atención al paciente. En este sentido, la teoría de autocuidado de Orem (1993) puede ayudar a explicar la situación de porqué los pacientes con diabetes tienden a no realizar acciones dirigidas a cumplir el tratamiento indicado.

De acuerdo a Orem, el autocuidado comprende acciones que los individuos inician en su propio beneficio para mantener la vida, salud y bienestar. Las personas con una enfermedad diagnosticada, deben emprender acciones adicionales de autocuidado para satisfacer los requisitos por desviación de la salud, que se relacionan directamente con la patología y tienen como meta el control de la enfermedad.

Asimismo, señala Orem que la satisfacción de requisitos de desviación de la salud pueden ser afectados por factores condicionantes básicos individuales, familiares, socioculturales y del estado de salud.

A pesar de que los factores condicionantes básicos son teóricamente propuestos para tener un impacto en la satisfacción de los requisitos por desviación de la salud, los datos empíricos publicados son pocos.

Burley y Howells (2000) describen una reseña sobre lo que se ha investigado de los factores condicionantes básicos como variable independiente, y reportan sólo seis estudios que han relacionado éstos con requisitos por desviación de la salud. Dichos estudios fueron llevados a cabo en personas con dolor, sida, y diabetes tipo 1.

De los resultados que relacionaron las variables factores condicionantes básicos y requisitos por desviación de la salud, se identificó que el estado de salud percibido, el control de la enfermedad y la salud se asociaron con las acciones de Autocuidado. La edad y el sexo de la persona no mostraron asociación significativa. (Dodd & Dibble, 1993; Frey & Denyes, 1989; Frey & Fox, 1990).

Específicamente en pacientes con diabetes tipo 2, Salazar, Gallegos y Gómez (1998) reportó que el control de la enfermedad (glicemia) y la edad se relacionaron con acciones de autocuidado derivadas del tratamiento.

En sí, se podría decir, bajo el contexto de la teoría de Orem, no existen estudios que muestren cómo es la satisfacción de los requisitos de autocuidado por desviación de la salud en pacientes con diabetes tipo 2, por tal motivo es relevante explorar este fenómeno, abordar los aspectos conceptuales de la teoría de Orem, valorar una de sus proposiciones y tener un punto de partida para proponer formas de trabajo para este grupo de pacientes.

Se plantean dos propósitos para este estudio: a) conocer qué acciones de autocuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado por desviación de la salud realiza la persona con diabetes tipo 2 y b) verificar si las acciones de autocuidado por desviación de la salud se relacionan con factores condicionantes como edad, sexo y estado de la salud.

Marco Teórico

Para la presente investigación se utilizó la Teoría de Autocuidado de Dorothea E. Orem, (1993). La idea central de esta teoría es que las personas maduras y en proceso de maduración, realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas, dirigidas hacia sí mismas o hacia características ambientales conocidas o supuestas, con el fin de cubrir requisitos de autocuidado identificados para controlar factores que promuevan o afecten adversamente, e interfieran la regulación sostenida de su propio funcionamiento o desarrollo.

Los requisitos de autocuidado son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe son necesarias o se supone tienen validez en la regulación del funcionamiento y desarrollo del individuo. Son generalizaciones

sobre los objetivos que deberían tener en cuenta las personas cuando se ocupan de su autocuidado.

Todas las personas realizan autocuidado para satisfacer tres tipos de requisitos: a) requisitos universales que son comunes a todos los seres humanos y que se determinan de acuerdo a su edad, desarrollo y factores ambientales, incluyen aire, agua, alimento, eliminación, equilibrio entre actividad y reposo, balance entre aislamiento e interacción social y promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales. b) los requisitos de desarrollo, están asociados con los procesos del desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren en el ciclo de vida, están dirigidos a la prevención primaria y la promoción de la salud. c) los requisitos originados por desviación de la salud, están asociados con defectos genéticos, con desviaciones funcionales y estructurales humanas, sus efectos y a las medidas diagnósticas y de tratamiento.

Incluye seis requisitos: buscar y asegurar asistencia médica, tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, llevar a cabo las medidas prescritas, tener conciencia y prestar atención a los efectos de las medidas prescritas, aceptar la condición patológica y aprender a vivir con los efectos de la condición. Estos requisitos están dirigidos a la prevención secundaria o terciaria, tal como el control de la patología subyacente, la prevención de complicaciones o la rehabilitación.

Un concepto periférico de la teoría son los factores condicionantes básicos, que se refieren a características internas y externas del individuo que le afectan para ocuparse de su autocuidado, entre los que se encuentran la edad, sexo, etapa de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, sistemas de cuidado y familiar, patrón de vida, disponibilidad de recursos.

Orem, (1993) postula que el autocuidado requiere el uso de recursos que pueden incluir vivir en un entorno físico y social saludable o terapéutico, la

introducción de medicamentos en los tejidos corporales para suministrar sustancias que el cuerpo no produce y que cuando las personas están enfermas, lesionadas o sufren un trastorno específico de la salud, el estado de salud es uno de los factores condicionantes básicos que más puede limitar la capacidad de la persona para tomar decisiones y ocuparse en actividades para alcanzar objetivos de autocuidado y que la conducta de autocuidado se ve afectada por el nivel de maduración del individuo.

Para la presente investigación se exploraron los factores condicionantes básicos edad, sexo, estado de salud y requisitos de desviación de la salud de la persona con diabetes tipo 2. (Apéndice A).

Definición operacional

Factores condicionantes básicos: Son características del paciente con diabetes tipo 2 que influyen para responsabilizarse de las acciones de autocuidado por desviación de la salud, incluyen: edad (años cumplidos), sexo (género del individuo), estado de salud percibido (cómo percibe el individuo su salud), condición de salud (cifras de T/A, glucemias, Índice de masa corporal), años de padecimiento (tiempo de padecer diabetes tipo 2), complicaciones (patologías que se presentan a consecuencia de la diabetes) y comorbilidad (presencia o ausencia de patologías asociadas a la enfermedad).

Requisitos de autocuidado por desviación de la salud: Son el objetivo o razón de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con diabetes tipo 2 para controlar su padecimiento. Están relacionadas con: a) buscar y asegurar ayuda médica, b) llevar a cabo medidas de diagnóstico y tratamiento, c) aprender a vivir con las condiciones patológicas y tratamiento indicado (ajuste psicológico), medidos a través de los cuestionarios Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes

EACD (Toobert & Glasgow, 1993), (Apéndice D) y Escala para estimar el Ajuste Psicológico del Diabético ATT39 (Dunn, Smart, Beeney & Turtle, 1986), (Apéndice E).

Estudios Relacionados

La revisión de literatura está basada en los conceptos factores condicionantes básicos y acciones de autocuidado por desviación de la salud; primero se expondrán los estudios que han utilizado la Teoría de Autocuidado de Orem, después se presentan los estudios no relacionados con la teoría.

Miller, (1982) Realizó un estudio descriptivo cualitativo en adultos con diabetes para identificar y categorizar las necesidades de los pacientes en tratamiento ambulatorio; encontró que deben tener sentimientos de autoestima elevados, obtener servicios de varias agencias de apoyo y trabajar para aceptar la enfermedad crónica.

Frey y Denyes (1989), estudiaron a 37 adolescentes con diabetes tipo 1 con el fin de probar la relación entre factores condicionantes básicos edad, sexo, y control de la salud, este último medido a través de las cifras de hemoglobina glucosilada (HbA1), con acciones de autocuidado por desviación de la salud.

Reportan que sólo el control de la salud tuvo una relación negativa significativa ($r = -.64$, $p = .007$) con las acciones de autocuidado por desviación de la salud.

Frey y Fox, (1990) estudiaron a 37 adolescentes con diabetes tipo 1 para valorar la relación entre el control metabólico y estado de salud percibido con acciones de autocuidado por desviación de salud. Reportaron relación entre control metabólico ($r = .46$, $p = .008$) y percepción de la salud ($r = .48$, $p = .002$) con acciones de autocuidado.

Dodd y Dibble (1993) estudiaron 127 pacientes con cáncer, revisaron la relación entre factores condicionantes básicos (edad, sexo, estado de salud) y acciones de autocuidado por desviación de salud. Reportan que el estado de salud es un predictor de acciones de autocuidado con un 38% de la varianza.

Salazar, Gallegos y Gómez (1998) estudiaron 145 adultos con diabetes tipo 2 con el fin de ver la relación entre factores condicionantes básicos (edad, nivel de glucemia) con acciones de autocuidado para medidas de tratamiento médico y reportó una asociación lineal significativa ($F(1,14)=6.528$, $p=.01$) entre acciones de autocuidado y nivel de glucemia.

En una investigación cualitativa realizada con el propósito de conocer las prácticas de salud sobre diabetes en personas de 40 a 45 años de tres ciudades en la República Mexicana, (Anónimo, 2000) se encontró que la población tiene una escasa cultura preventiva, una aceptación fatalista de la enfermedad y se resiste a visitar al médico.

El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva, lo que más impacta de la alimentación es la cantidad y el gusto, no la calidad. El consumo de carne es sobrevalorado y el de verduras relegado.

García, Reyes, Garduño, Fajardo y Martínez, (1995) estudiaron al paciente con diabetes tipo 2 en relación con el tiempo de evolución del padecimiento, edad de inicio, sexo, obesidad, descontrol metabólico, comorbilidad y complicaciones tardías con el impacto de la enfermedad en la vida diaria (considerado como aprender a vivir con la enfermedad), encontraron una asociación significativa entre impacto y tiempo de evolución ($RM=3.80$, $IC\ 95\%=1.67-8.64\%$, $p=0.001$) descontrol metabólico ($RM=2.36$, $IC\ 95\%=0.99-5.58$, $p=0.04$) comorbilidad ($RM=4.58$, $IC\ 95\%=1.72-12.15\%$, $p=0.002$) y presencia de complicaciones tardías ($RM=7.20$, $IC95\%=3.03-17.10$, $p=0.001$).

En resumen, los estudios basados en la teoría de Orem muestran que hay

una relación entre estado de salud percibido, estado de salud (control de la enfermedad) con acciones de autocuidado por desviación de la salud; el sexo y la edad de las personas no fue significativo con acciones (Dodd & Dibble, 1993; Frey & Denyes, 1989; Frey & Fox, 1990; Salazar, Gallegos & Gómez, 1998).

La percepción de la población con la diabetes es de no aceptación de la enfermedad y el tratamiento, poco apego a la dieta y escasa cultura de prevención (Anónimo, 2000-). El tiempo de evolución, descontrol metabólico, comorbilidad y presencia de complicaciones tardías se relacionó con el impacto de la diabetes en la vida diaria.

Hipótesis

H1 La edad se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2.

H2 Las medias de las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2 son diferentes según el género.

H3 El estado de salud percibido se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2.

H4 La condición del estado de salud afecta las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2.

Capítulo II

Metodología

Diseño del estudio

El estudio fue descriptivo correlacional, con una sola medición en el tiempo (Polit & Hungler, 1999). Este diseño resultó apropiado para describir la relación o asociación entre las variables edad, sexo y estado de salud con las acciones de autocuidado por desviación de la salud en el adulto con diabetes tipo 2.

Población

La población de interés la constituyeron adultos diagnosticados con diabetes tipo 2 derechohabientes de una institución de segundo nivel en un municipio del sureste del Estado de Veracruz.

Plan de muestreo

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, ya que los sujetos de estudio fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión. (Polit & Hungler, 1999).

Muestra

Para determinar la muestra se utilizó el método de correlación en el paquete estadístico (N Query, 1997) versión 2.0 con un alpha de .05 y una potencia de prueba de 80%. Se obtuvo una muestra de 110 sujetos.

Criterios de inclusión

Los participantes se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios: adultos de ambos sexos, de 35 a 60 años con tratamiento ambulatorio, que asistieran a consulta para control de diabetes, que en el expediente clínico tuvieran registrado un número telefónico para ser localizados, que no estuvieran incluidos en otros estudios en la institución.

Material

Los instrumentos utilizados incluyeron: a) Cuestionario de Factores Condicionantes Básicos (CFCB), b) Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD) (Toobert & Glasgow, 1993) adaptado para este estudio, c) Escala para estimar el Ajuste Psicológico a la Diabetes (ATT39), (Dunn, Smart, Beeney & Turtle, 1986).

1.-Cuestionario de Factores Condicionantes Básicos (CFCB), (Apéndice C) contiene aspectos relacionados con datos de identificación del paciente, edad, sexo, percepción de salud, años de diagnóstico.

Para conocer la salud percibida, se formuló la pregunta: considerando su estado general ¿cómo calificaría usted su salud? con una escala de 1 a 4 donde 1=mala y 4=muy buena. La condición de salud se consideró a través de cuatro aspectos: presencia de complicaciones y comorbilidad referidas por el paciente.

El control de la enfermedad se valoró en base a las cifras de presión arterial, el índice de masa corporal (IMC) obtenidos al momento de la entrevista, y con las cifras de glucemia de los tres últimos meses registradas en el expediente clínico. El grado de control del paciente, se evaluó de acuerdo a los criterios de la Secretaría de Salud, (1994) Norma Oficial Mexicana-0150SSA2, para la

prevención, tratamiento y control de la diabetes, presentados en la tabla 1.

Tabla 1

Criterios para evaluar el grado de control del paciente con diabetes

	Bueno	Regular	Malo
Presión Arterial	<120/80 (mmHg)	121-129/81-84	130/85
Glucemia	<110 (mg/dl)	110-126	>=126
IMC	<25	25-27	>27

2.-Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD) para pacientes con diabetes tipo 2 elaborado por Toobert y Glasgow (1993) adaptado para este estudio de 12 a 7 reactivos en base a los resultados de la prueba piloto.

Incluye cuatro subescalas: dieta, ejercicio, medicamentos y monitoreo de glucosa. Tres de las preguntas están relacionadas con la subescala de dieta, una con el ejercicio, dos con el monitoreo de glucosa y una con los medicamentos indicados. Las respuestas se presentan en un formato tipo Likert. Para los reactivos 1,2,4,5,y 7, 1 ="nunca" y 5 ="siempre". Para los reactivos 3 y 6, 1 =0% y 5 =100%.

El puntaje alcanzado en la escala total oscila entre 7 y 35 puntos. A mayor puntaje mayores son las acciones de autocuidado realizadas. Bañuelos, (1999) utilizó esta escala en población mexicana del norte del país y reporta un Alpha de Cronbach de .60 para este instrumento.

3.- Escala para estimar el Ajuste Psicológico del Diabético ATT39 (Dunn,

Smart, Beeney & Turtle, (1986) consta de 39 preguntas, comprende declaraciones sobre actitudes del paciente en relación con la diabetes y su tratamiento. Se integra por una escala total que contiene seis subescalas: Factor 1: Estrés por la diabetes, Factor 2: Enfrentamiento, Factor 3: Culpa, Factor 4: Alienación-cooperación, Factor 5: Convicción de enfermedad, Factor 6: Tolerancia a la ambigüedad. La escala se responde en un formato de cuatro opciones de respuesta que van de 1= estoy en completo desacuerdo a 4= estoy completamente de acuerdo.

Veintitrés de los reactivos se califican de forma inversa. El total del puntaje oscila entre 39 y 156. Puntajes más altos reflejan una mejor adaptación a la diabetes. Su consistencia interna reportada por Welch, Smith & Walkey (1992). fue un Alpha de Cronbach de .71 a .80

Las subescalas de los instrumentos EACD y ATT39, fueron transformadas en índices para facilitar su análisis.

Procedimiento de recolección de información

Se contó con el dictamen y recomendación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y con la autorización de los directivos de la institución en donde se llevó a cabo el estudio.

En un primer momento se aplicó una prueba piloto en una institución de salud con características similares a la clínica de estudio, con el propósito de conocer el tiempo utilizado en la recolección de datos.

Para reclutar y seleccionar a los sujetos de estudio, primero se solicitaron los expedientes de los pacientes registrados en el programa de control ambulatorio, de ellos se seleccionó la muestra de 110. Se contactó por vía

telefónica a los sujetos, se explicó el propósito del estudio y se solicitó su autorización para participar en el mismo. En este primer contacto se programó cita en la clínica periférica para el levantamiento de la información. Sólo 80 pacientes pudieron ser incluidos en el estudio, los 30 restantes no cubrieron alguno de los criterios de inclusión.

Una vez que acudió el sujeto a la clínica, se volvió a explicar el propósito de la investigación, la confidencialidad de la información y la posibilidad de desistir si así lo considerara, asimismo, se le solicitó su participación por escrito (Apéndice B).

El levantamiento de los datos se realizó en la clínica de atención de acuerdo a la hora señalada. Los instrumentos se aplicaron, el orden siguiente:

Primero se aplicó el Cuestionario sobre Factores Condicionantes Básicos (CFCB) el cual recabó información sobre aspectos demográficos, años de diagnóstico, peso corporal que se registró en una báscula con estadímetro calibrada. Para realizar el registro, se pidió al paciente que se colocara de pie, descalzo, sin cinturón en el caso de los varones y sin adornos en el cabello en el caso de las mujeres, de espaldas a la escala del estadímetro y en posición recta, la talla se midió en centímetros lineales. Para calcular el IMC se consideró el peso sobre la talla al cuadrado.

La presión arterial se midió con un esfigmomanómetro portátil en mmHg marca "Certified". El registro de la presión se realizó en promedio diez minutos después de que el paciente llegó a la entrevista, se pidió al sujeto que se colocara en posición de sentado, con el brazo izquierdo extendido apoyado en una superficie plana. Las cifras de glucemia venosa se tomaron de los últimos tres reportes de laboratorio incluidos en los expedientes clínicos.

Se cuestionó al paciente si le habían diagnosticado alguna complicación y si presentaba alguna otra enfermedad asociada a la patología.

Después se aplicó la Escala Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD) mediante entrevista y por último, se aplicó la Escala para estimar el Ajuste Psicológico del Diabético (ATT39) para indagar cómo se sentía el paciente respecto a la diabetes y los efectos de ésta en su vida.

El levantamiento de la información y evaluación clínica, estuvo a cargo de la investigadora principal, como única responsable y se contó con el apoyo de dos auxiliares pasantes de licenciatura en enfermería que se capacitaron previamente para recabar la información del paciente, realizar medición de presión arterial, peso, talla y revisar los expedientes clínicos, para captar los registros de glucemia de los tres últimos meses reportados por el laboratorio.

Estrategia de análisis

Para la captura y procesamiento de los datos se utilizó el Programa Estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for windows) Versión 9.0. Se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar).

Para la determinación de la confiabilidad de los instrumentos, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach.

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para conocer la normalidad de las variables. Para prueba de hipótesis se obtuvieron el Coeficiente de Correlación de Pearson, Coeficiente de Correlación de Spearman, Prueba t de Student para Muestras Independientes, y Regresión Lineal Múltiple.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley

General de Salud en Materia de Investigación en Ciencias de la Salud (1987). Tal como lo establece el Capítulo 1. Artículo 14, Fracción VII y VIII, el estudio se sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería, U.A.N.L., para la revisión y aprobación del mismo y se solicitó autorización del titular de la institución de salud donde se realizó la investigación.

Se contó con el consentimiento verbal y escrito de los participantes (Apéndice B), del cual se les entregó una copia, Capítulo II Art. 29 y al final de la entrevista se les informó sobre su estado actual como beneficio de su participación, Artículo 14 Fracción IV. Se protegió la privacidad de los sujetos de estudio, Art. 16.

De acuerdo a lo señalado en el Artículo 17 Fracción I, la presente investigación se consideró de riesgo mínimo ya que se obtuvieron datos antropométricos del sujeto.

Al aplicar los cuestionarios se cuidó la forma en que se formularon las preguntas de tal manera que no se influyera en la respuesta de los participantes.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan la prueba de confiabilidad aplicada a los instrumentos utilizados,(Tabla 2), los datos descriptivos de los factores condicionantes básicos: edad, sexo y estado de salud, de las acciones de autocuidado por desviación de la salud y las pruebas estadísticas utilizadas para la verificación de hipótesis.

En relación al coeficiente de Alpha de Cronbach obtenido, la confiabilidad se considera aceptable con reserva, de acuerdo a (Polit & Hungler, 1999).

Tabla 2

Coeficiente de Alpha de Cronbach de la Escala de Acciones de Cuidado en Diabetes y Escala de Ajuste Psicológico a la Diabetes

Instrumentos	Preguntas	Alpha de Cronbach
Escala de Acciones de cuidado en Diabetes (EACD)	1-7	.64
Escala de Ajuste Psicológico a la Diabetes (ATT39)	1-39	.60

Estadística Descriptiva

Factores condicionantes básicos

La muestra estuvo compuesta por 80 adultos, de los cuales el 58.7% correspondió al sexo femenino y el 41.3% al masculino, la edad promedio de los sujetos fue de 52 años (DE 6, con un mínimo de 34 y máximo de 60 años).

En relación al estado de salud, se valoró desde dos puntos de vista, percepción de la salud y condición de salud. Respecto a la primera, los sujetos de la muestra manifestaron percibir como muy bueno su estado de salud el 6.2%, bueno, 62.5%, regular 18.8%% y deficiente 12.5%.

En cuanto a la condición del estado de salud, se valoraron cuatro aspectos, dos de ellos se reportan en la tabla 3.

Tabla 3

Estadísticas descriptivas de la condición de salud del adulto con diabetes tipo 2

Condición de salud		Media	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo	<u>DE</u>	
Años de padecimiento		6.86	7.0	2	14	2.92	
Control del padecimiento	Tensión arterial	Sistólica	136	130	110	190	14.46
		Diastólica	100	100	80	140	16.50
	Glucemia		123.83	121.96	97.57	172.47	13.07
	IMC		33.27	32.91	29.69	39.00	2.41

n=80

Los resultados reportados muestran que la media de años de padecer la enfermedad es de 6 años (DE= 2.92) lo cual indica que son personas con un periodo corto de evolución del padecimiento.

También se observa que la media reportada para glucemia está fuera del límite esperado < de 100 mg/dl, y el índice de masa corporal indica que la mayoría de los sujetos presenta obesidad. De acuerdo a lo señalado en la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, (Secretaría de Salud, 1994), se clasificó el control de padecimiento, en base al IMC, las cifras de glucemia y presión arterial sistólica y diastólica.

La tabla 4 muestra que los mayores porcentajes para el IMC, y presión arterial sistólica y diastólica, se ubicaron en la categoría de mal control, la glucemia se reportó en el 58.8% con un control regular.

Tabla 4

Clasificación del control de presión arterial, glucemia e IMC, del adulto con diabetes tipo 2

Control del padecimiento		Bueno		Regular		Malo	
		f	%	f	%	f	%
Presión Arterial	Sistólica	17	17.5			63	78.8
	Diastólica	15	18.8			65	81.3
Glucemia		8	10.0	47	58.8	25	31.3
IMC				6	7.5	74	92.5

▮ 80

En relación a la condición de salud, se valoró la presencia de complicaciones y comorbilidad. Respecto a la presencia de complicaciones, en la tabla 5, se observa que la complicación que más manifestaron presentar los sujetos de estudio, fue la ocular con un 42.5% y en cuanto a la comorbilidad la que más refirieron fue la hipertensión arterial con 60%.

Tabla 5

Porcentajes de complicaciones y comorbilidad en el adulto con diabetes tipo 2

Complicación	Si		No	
	fr	%	fr	%
Renal	7	8.8	73	91.3
Circulatoria	28	35.0	52	65.0
Ocular	34	42.5	46	57.5
Comorbilidad	Si		No	
	fr	%	fr	%
Hipertensión Arterial	48	60.0	32	40.0
Cardiaca	10	18.5	70	87.5
Dental	7	8.8	73	91.3

n=80

Acciones de autocuidado por desviación de la salud

En relación a las acciones de autocuidado por desviación de la salud, se valoró si buscaba ayuda médica, el 75% refirió saber con quién acudir para cuidar su salud, el 25% dijo no saberlo.

En lo referente a asegurar la atención de su problema de salud, se valoró la frecuencia con que acudió a las citas programadas los últimos tres meses.

Se obtuvo que el 62.5% acudió al total de citas en la fecha señalada o con 2 a 3 días de diferencia, mientras que un 37.5% faltó por lo menos a una cita.

En la tabla 6 se presentan los resultados respecto a las acciones de autocuidado que refieren los pacientes realizar en relación con el tratamiento de la enfermedad.

Tabla 6

Estadísticas descriptivas de los Índices de las acciones de autocuidado en relación con el tratamiento del adulto con diabetes tipo 2

Acciones de autocuidado en relación con el tratamiento	Media	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo	DE
Alimentación	68.43	66.66	33.33	100.00	16.45
Ejercicio	68.43	75.00	25.00	100.00	21.32
Monitoreo de glucosa	79.68	87.50	25.00	100.00	19.92
Medicamentos	86.56	75.00	25.00	100.00	14.31
Total de Acciones de Autocuidado en relación con el tratamiento	75.57	77.08	45.83	95.83	10.30

n=80

La media general de acciones de autocuidado refleja que las acciones se realizan en un nivel aceptable y la que más practican es el consumo de medicamentos prescritos, con una media de 86.56.

En relación a cómo se siente el paciente respecto a la enfermedad y el impacto que ha tenido la diabetes en su vida, se obtuvieron los índices de ajuste psicológico que se reportan en la tabla 7.

El Índice de estrés por diabetes presentó una media de 57.61 (DE=7.82) y la

media de ajuste psicológico total fue de 50.71 ($DE= 5.12$) lo que en términos generales refleja una baja adaptación al padecimiento y tratamiento indicado y elevación de estrés por diabetes.

Tabla 7

Estadísticas descriptivas de los índices del ajuste psicológico del adulto con diabetes tipo 2

Indices	Media	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo	<u>DE</u>
Estrés por diabetes	57.61	57.57	39.39	81.82	7.82
Enfrentamiento	51.94	51.85	37.04	77.78	8.66
Culpa	50.00	50.00	27.78	77.78	8.47
Alienación -cooperación	51.83	53.33	20.00	86.67	10.91
Convicción de enfermedad	51.66	50.00	27.78	66.67	7.82
Tolerancia a la ambigüedad	41.25	41.66	25.00	66.67	7.60
Total de ajuste psicológico a la diabetes	50.71	49.49	39.97	64.58	5.12

$n=80$

Estadística Inferencial

Al aplicarse la prueba Kolmogorov-Smirnov a las variables, continuas, se corroboró que presentaron normalidad. Los resultados se muestran en la tabla 8.

En este apartado se presentan los resultados del análisis de las pruebas de hipótesis.

Tabla 8

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables edad, años de padecimiento, glucemia, IMC, índice de acciones de autocuidado e índice de ajuste psicológico a la diabetes.

VARIABLES	Media	DE	Ks-Z	Valor de p
Edad	52.08	6.10	.868	.438
Años de padecimiento	6.86	2.92	.898	.395
Glucemia	123.83	13.07	1.231	.097
IMC	33.27	2.41	.985	.286
Índice de Acciones de Autocuidado	75.57	10.30	1.341	.055
Índice de Ajuste Psicológico a la Diabetes	50.71	5.12	1.067	.205

n=80

Hipótesis 1. La edad se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2.

Para verificar esta hipótesis se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson. Las variables fueron edad, acciones de autocuidado relacionadas con el tratamiento y ajuste psicológico. Los resultados se presentan en la tabla 9.

Tabla 9

Matriz de Correlación de Pearson de las variables edad e índice de acciones de autocuidado relacionadas con el tratamiento en el adulto con diabetes tipo 2.

Variables	1	2	3	4	5	6
1 Edad	1					
2 Dieta	.052	1				
3 Medicamentos	.091	.079	1			
4 Ejercicio prescrito realizado	.004	.170	-.033	1		
5 Monitoreo de glucosa	.141	.213	.293**	-.001	1	
6 Índice de Acciones de autocuidado	.134	.512**	.572**	.690**	.475**	1
7 Índice de Ajuste psicológico a la diabetes	.075	-.064	-.226*	.131	.083	.026

Correlación significativa .001**

Correlación significativa .05*

n=80

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que la edad no se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud, por lo que no se sustenta la hipótesis de investigación.

Hipótesis 2. Las medias de las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2 son diferentes según el género.

Para verificar esta hipótesis se utilizó la Prueba t para muestras independientes, los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10

Prueba t para muestras independientes de la variable género y acciones de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2

Acciones de autocuidado	Media		t		gl	p	
	M	F	M	F		M	F
Dieta	70.45	67.02	1.26	1.282	78	.209	.204
Ejercicio prescrito	67.42	69.14	-.354	-.347	78	.724	.730
Monitoreo de glucosa	77.66	81.11	-.764	-.756	78	.447	.452
Medicamentos	82.57	89.36	-2.134	-2.046	78	.036	.045
Indice de Acciones de Autocuidado relacionadas con el tratamiento	74.52	76.30	-.759	-.766	78	.450	.446
Indice de Ajuste Psicológico a la Diabetes	50.18	51.09	-.785	-.795	78	.435	.429

n-80

El resultado del análisis mostró que las medias de las acciones de autocuidado y ajuste psicológico, en forma general, no son diferentes según el género, por lo que no se sustenta la hipótesis planteada. Sin embargo, se obtuvo que las acciones relacionadas con la toma de medicamentos son significativas con género y acciones de autocuidado, con un valor de ($p=.036$) para hombres y ($p=0.45$) en mujeres.

Hipótesis 3. La percepción del estado de salud se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el paciente con diabetes tipo 2. Se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman para verificar esta hipótesis.

Los resultados que se presentan en la tabla 11 muestran que la percepción del estado de salud no se relacionó con las acciones de autocuidado, por lo que no se sustenta la hipótesis de investigación.

Tabla 11

Correlación de Spearman para percepción del estado de salud y acciones de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2

Variables	1	2	3	4	5	6
1 Percepción del estado de salud	1					
2 Dieta	-.147	1				
3 Ejercicio prescrito	-.135	.048	1			
4 Monitoreo de glucosa	.116	.071	-.041	1		
5 Medicamentos	-.101	.151	.239*	-.037	1	
6 Índice de Acciones de autocuidado	-.047	.346**	.473**	.552**	.621**	1
7 Índice de Ajuste Psicológico a la Diabetes	-.023	-.063	-.180	.077	.082	.006

Correlación significativa .001**

Correlación significativa .05*

Hipótesis 4. La condición del estado de salud afecta las acciones de autocuidado que realiza el paciente con diabetes tipo 2.

Para verificar esta afirmación, se utilizó la prueba de regresión lineal múltiple, los resultados se presentan en la tabla 12.

Tabla 12

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la condición de salud y acciones de autocuidado en el adulto con diabetes tipo 2

Modelo1	gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F calculada	Valor de p
Regresión	5	1369.89	136.990	1.346	.224 ^a
Residual	74	7023.98	101.797		
Total	79	8393.87			

R²= 1.63%

n=80

El resultado de la prueba no fue significativo, lo que indica que la condición de salud no afecta las acciones de autocuidado, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación.

Capítulo IV

Discusión

Realizar la presente investigación, permitió verificar las proposiciones entre indicadores de los conceptos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem, (1993) en una población de adultos con diabetes tipo 2.

En relación a la proposición de que la edad y el género del individuo influyen en las acciones de autocuidado por desviación de la salud, se formularon las hipótesis 1 y 2, las cuales no se pudieron sustentar. Estos resultados concuerdan con los reportados por Dodd y Dibble (1993); Frey y Denyes (1989); Frey y Fox (1990) y Salazar, Gallegos y Gómez, (1998). Una posible explicación de que la edad no influyó en las acciones de autocuidado quizás fue que los sujetos que conformaron la muestra fueron personas económicamente activas, que de alguna manera deben mantener un buen nivel de rendimiento laboral (productividad) para lo cual se requiere mantener un buen control de la salud.

Otra proposición que se revisó fue que el estado de salud es un predictor de acciones de autocuidado. Para este estudio se formularon las hipótesis 3 y 4, las cuales no se sustentaron. Estos resultados difieren de lo señalado por Dodd y Dibble (1993); Frey y Denyes, (1989); Frey y Fox (1990), García, Reyes, Garduño, Fajardo y Martínez, (1995).

Quizá estos resultados difieren de lo reportado porque la mayoría de los sujetos estudiados percibía como bueno su estado de salud y no tenían complicaciones serias hasta el momento. Otro factor que pudo influir fue la forma de medir la glucemia venosa, ya que se obtuvo de registros del expediente a la vez que no da una visión exacta de la condición de control comparada con la hemoglobina glucosilada.

Se pudo observar que los sujetos de este estudio buscan y aseguran su atención médica, contrario a lo que señala (Anónimo, 2000), que refiere una escasa cultura preventiva en la población y resistencia a visitar al médico. Tal vez la diferencia es por el hecho de que estén inscritos en un programa de control y su condición de trabajo transitorio les obligue a asistir a consulta mensual.

Las acciones de autocuidado relacionadas con el tratamiento, fueron medianamente realizadas, sin embargo, las menos llevadas a cabo fueron las referentes a dieta y ejercicio, dato que coincide con la afirmación de (Anónimo, 2000) respecto a que la dieta tiene connotación restrictiva y se convierte en una situación difícil de sobrellevar para el paciente y el ejercicio es algo complejo de realizar.

Se encontró que la persona con diabetes presentó una baja adaptación al padecimiento y tratamiento indicado y elevación del estrés por diabetes, datos que coinciden con Miller, (1982) que señala que la adaptación a la enfermedad obliga al individuo a modificar radicalmente sus actividades, relaciones, trabajo expectativas futuras y la totalidad de su proyecto de vida.

Conclusiones

De acuerdo a los hallazgos, se concluye que la edad no se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el adulto con diabetes tipo 2.

Las medias de las acciones de autocuidado por desviación de la salud no son diferentes de acuerdo al género del individuo. Sólo las acciones relacionadas con la ingesta de medicamentos presentaron diferencias.

El estado de salud percibido no se relaciona con las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el adulto con diabetes tipo 2.

La condición de salud, no tiene efecto en las acciones de autocuidado por desviación de la salud que realiza el adulto con diabetes tipo 2.

Recomendaciones

Realizar un estudio similar en población abierta de diferente estrato socioeconómico o un estudio comparativo, en donde se revisen aspectos como personas con diferentes años de padecer la enfermedad y diferentes instituciones de salud.

Explorar la esfera psicológica de manera específica para buscar la relación entre el ajuste psicológico y las acciones de autocuidado, ya que los resultados obtenidos mostraron una baja adaptación al padecimiento y elevación de estrés por diabetes, sin embargo, no se reportaron por no ser el objetivo del presente estudio.

REFERENCIAS

Anónimo, (2000). Federación Mexicana de Diabetes, La diabetes: investigación cualitativa de audiencias para una campaña de comunicación en México. Revista Diabetes Hoy Enero-Febrero N°21, 264-273.

Bañuelos, B.P.(1999). Autocuidado y control glucémico en adultos mayores con diabetes tipo 2. Tesis inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.

Burley, J.& Howells, P. (2000). Measurement of Orem's Basic Conditioning Factors: A Review of Published Research Nursing Science Quarterly13 (2) Abril, 134-142.

Clement, S. (1995). Diabetes Self Management Education. Diabetes Care 18:1204-1214.

Dodd, M., & Dibble S. (1993) Predictores de autocuidado, una prueba del modelo de Orem. Oncology Nursing Forum,20 (6) 895-901.

Dunn, S.M., Smart H., Beeney L., & Turtle, J. (1986). Measurement of emotional adjustment in diabetics patients:Validity an reliability of ATT39 Diabetes Care 9 480-489.

Frey, M., & Denyes, M. (1989). Autocuidado de Salud y Enfermedad en los adolescentes con DMDI, una prueba de la Teoría de Orem. Advances in Nursing Science, 12, 67-75.

Frey, M., & Fox, M. (1990). Assessing and teaching self-care to youths with diabetes mellitus. Pediatric Nursing, 16 (6) 597.

García, M. C., Reyes, H., Garduño, J., Fajardo, A. y Martínez, C. (1995). La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. Revista Médica IMSS. México, 33, 292-298.

Glasgow, R. E. (1995). A practical model of diabetes management and education. Diabetes Care 18:117- 126.

Miller, J.F. (1982). Categories of self-care needs of ambulatory patients with diabetes. Journal of Advanced Nursing, 7, 25-31.

Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica. (M.T. Luis Rodrigo. Trad.) España. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. (Trabajo original publicado en 1991).

Polit, P. & Hungler. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª ed.) Mc Graw Hill. México.

Rhonda, P. K. (1993). Creencias sobre la diabetes, conductas de autocuidado y control glicémico entre adultos mayores con diabetes mellitus no insulino dependientes. Public Health Reports, 106 (4).

Salazar, R., Gallegos, E., & Gómez, V. (1998). Autocuidado del Adulto con Diabetes Mellitus. Diabetes para el médico 13, 24-27.

Secretaría de Salud, (1991). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. (7ª ed.). México, Porrúa.

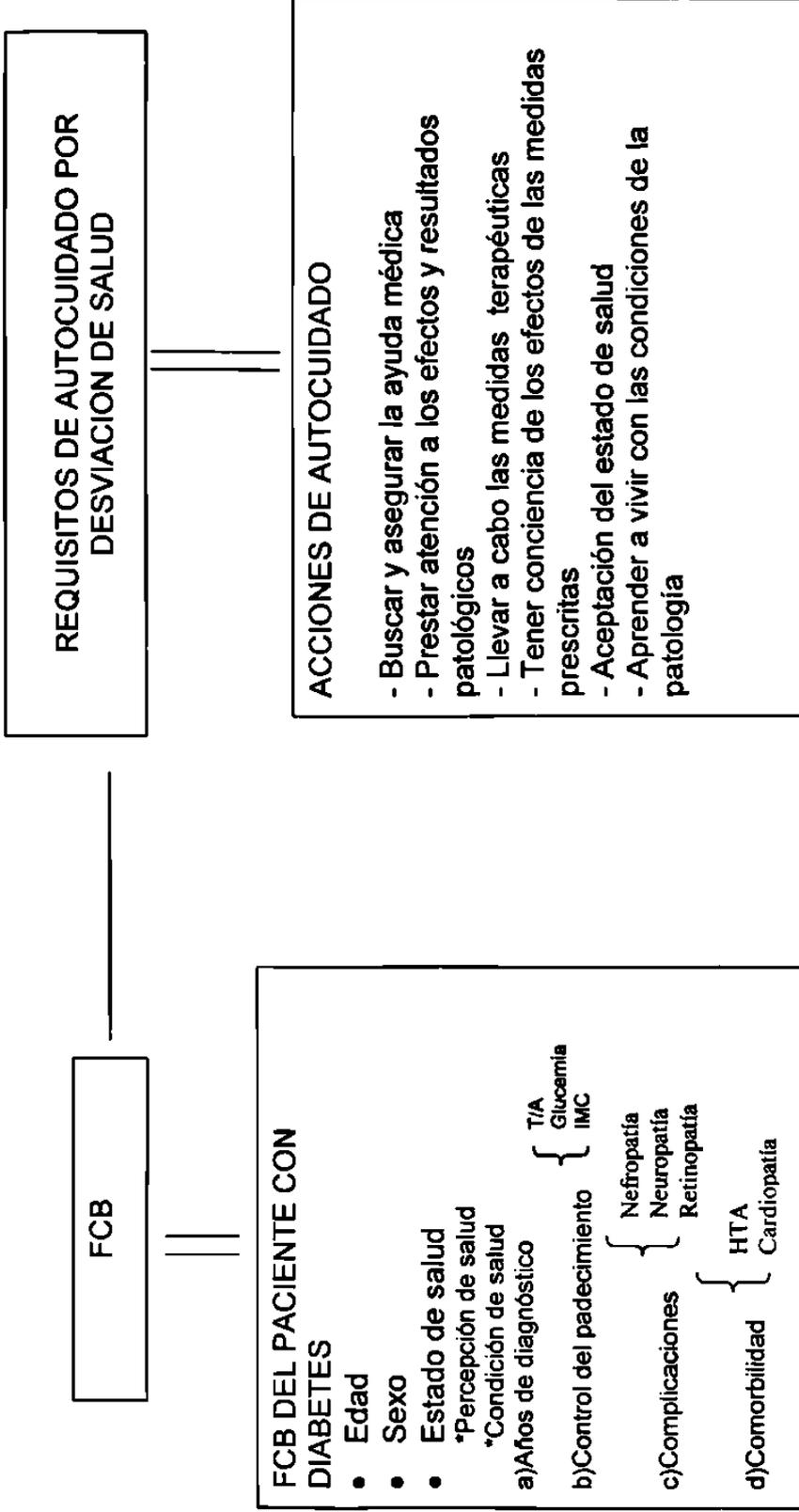
Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, (1994). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes 4-30.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, (2001). Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes 4-16.

Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] (1998). Inc. Versión 9.0 para Windows.

Toobert, A. & Glasgow, (1986) R.E. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In C, Bradley (Ed.9 Handbook of psychology an diabetes, Amsterdam, B.V. Harwood Academy. 351-175.

Welch, G., Smith, R., B. W., & Walkey, F. (1992) Styles of psychological adjustment in diabetes: A focus on key psychometric issues and ATT39, Journal of Clinical Psicology 48 (5), 648,658.



EACD (Toobert y Glasgow, 1993)
ATT39 (Dunn, Welch, Beene y Turtle, 1986)

QUESTIONARIO FACTORES
CONDICIONANTES BASICOS (FCB)
INDICADORES CLINICOS Y
BIOLOGICOS (T/A, GLUCEMIA,IMC)

Apéndice B**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION POSGRADO E INVESTIGACION****CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en esta investigación, que tiene como finalidad determinar el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2

Estoy consciente que el conocimiento que se obtenga puede ser de importancia para mejorar la calidad de atención que recibimos los pacientes expuestos a factores de riesgo por la enfermedad.

Mi participación consistirá en responder cuestionarios sobre antecedentes y mediciones, acerca de la condición y percepción de mi salud; se me tomará el peso, talla y presión arterial

Entiendo que la Lic. Irma Patricia Mota Flores desarrolla este trabajo como parte del programa de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria, y que no corro ningún peligro, que mi participación es voluntaria y puedo salir de la investigación cuando lo desee. También estoy consciente que se respetará mi privacidad y mis derechos y que la información que brinde será confidencial.

Firma del entrevistado

Firma del autor del estudio

Minatitlán, Ver., México.

Apéndice C
 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 DIVISION POSGRADO E INVESTIGACION

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES CONDICIONANTES BASICOS DEL
 PACIENTE CON DIABETES (CFCB, 2001)

Instrucciones: Lea al entrevistado las siguientes preguntas y señale la respuesta que corresponda.

Número de control_____

1.- Edad en años cumplidos:_____ 2.-Sexo 2.1.-M____ 2.2-F____

3.-Peso_____ 3.1- Talla_____ 3.2.-IMC 4.-T/a_____

5.-Glucemia 5.1_____ 5.2_____ 5.3_____

6.-Cuántos años hace que padece diabetes?_____

7.-Le han diagnosticado alguna complicación si_____ Cuál? no_____

Renal () Circulatoria () Ocular ()

Presión elevada () Cardíaca () Dental ()

.Otra:_____ (especificar cuál)

8.-Considerando su estado general en la semana anterior ¿cómo calificaría Ud. su salud?

1.- Mala

2.-Regular

3.-Buena

4.-Muy buena

Apéndice D

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISION POSGRADO E INVESTIGACION
Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (EACD)
(Toobert & Glasgow, 1993)

Num. de Identificación

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

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

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

2.- ¿Con qué frecuencia tuvo éxito al limitar los alimentos de acuerdo a lo recomendado para controlar su diabetes?

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

3.- Durante la última semana ¿en qué porcentaje incluyó en su alimentación , frutas frescas, verduras, pan integral, chícharos, cereales y salvado?

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

4.- ¿Con qué frecuencia hizo realmente el ejercicio recomendado por su médico?

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

5.- ¿Durante los últimos meses(que no estuvo enfermo) con qué frecuencia se realizó su prueba de glucosa?

- 1)Ninguno
- 2)Cada 4 meses o mas
- 3)Cada 3 meses
- 4)cada 2 meses
- 5)cada mes

6.- En los últimos siete días (que no estuvo enfermo) ¿en qué porcentaje se realizó los destrostix según la recomendación de su medico?

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

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

1. No tengo indicadas pastillas
2. Ninguna
3. Algunas
4. La mayoría
5. Todas

Apéndice E
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISIÓN POSGRADO E INVESTIGACION

ESCALA DE AJUSTE PSICOLOGICO A LA DIABETES (ATT 39)
(Dunn, Smart, Beeney & Turtle, 1986)

INSTRUCCIONES

Este formato contiene 39 preguntas sobre cómo se siente usted respecto a su diabetes y los efectos que ha tenido en su vida. No hay respuestas correctas o incorrectas porque todos tenemos derecho a nuestro propio punto de vista, sólo refleje en sus respuestas lo que de verdad piensa o siente. Se le pide que no se pase demasiado tiempo contestado cada pregunta. Existen cuatro posibles respuestas a escoger:

1 Estoy en completo desacuerdo 2.-Estoy en desacuerdo 3.-Estoy de acuerdo 4.-Estoy completamente de acuerdo

Para cada pregunta circule la respuesta que es la correcta para Usted. Escoja la primera que viene a su mente en forma natural.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Si no tuviera diabetes, creo que sería una persona muy diferente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. La diabetes no ha hecho ninguna diferencia en mi vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. No me gusta que se refieran a mí como diabético. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. La diabetes es lo peor que me ha pasado. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento bastante capaz de cuidar mi diabetes sin ayuda de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sé todo lo que necesito saber acerca de la diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Creo que la medicina descubrirá una cura para la diabetes muy pronto. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. La mayoría de la gente encontraría difícil ajustarse a la diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. A veces me siento avergonzado por ser diabético. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. La mayoría de la gente estaría mucho más sana si siguiera una dieta para diabético. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Hablar con el doctor sobre mi diabetes usualmente me hace sentir mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Parece que no hay mucho que pueda hacer para controlar mi diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Me gusta que me digan cuando mi diabetes ha estado bien controlada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Hay poca esperanza de llevar una vida normal con la diabetes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. El control apropiado de la diabetes implica mucho sacrificios e inconvenientes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Tener diabetes significa aceptar la responsabilidad de tu propio tratamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. La idea de aplicarme yo mismo una inyección no me molesta.	1	2	3	4
18. La comida es muy importante en mi vida.	1	2	3	4
19. Trato de que las personas no sepan que soy diabético.	1	2	3	4
20. Cuando te dicen que tienes diabetes es como si te sentenciaran a toda una vida de enfermedad.	1	2	3	4
21. Las bajas en el azúcar no son tan atemorizantes como la gente piensa.	1	2	3	4
22. La mayoría de la gente no entiende los problemas que asocian con tener diabetes.	1	2	3	4
23. Mi dieta de diabético no perjudica mi vida social.	1	2	3	4
24. El control de peso no es problema para mí.	1	2	3	4
25. En general, los doctores necesitan mostrar más comprensión en su trato con los diabéticos.	1	2	3	4
26. La personalidad cambia cuando se tiene diabetes por un largo tiempo.	1	2	3	4
27. Una persona debe aprender a vivir con diabetes sin afectar a otros miembros de la familia.	1	2	3	4
28. Con frecuencia tengo dificultades para decidir si me siento enfermo o me siento bien.	1	2	3	4
29. La mayoría de los doctores realmente no entienden que se siente tener diabetes.	1	2	3	4
30. Con frecuencia se me olvida que tengo diabetes.	1	2	3	4
31. La diabetes no es realmente un problema porque se puede controlar.	1	2	3	4
32. A veces he utilizado mi diabetes como excusa para lograr lo que quiero.	1	2	3	4
33. No me gusta que me digan qué, cuándo y cuánto tengo que comer.	1	2	3	4
34. Creo que tengo una buena relación con mi doctor.	1	2	3	4
35. Realmente no hay nada que puedas hacer si tienes diabetes.	1	2	3	4
36. Me gustaría que me dijeran si el control de mi diabetes es malo.	1	2	3	4
37. Realmente no hay nadie con quien yo sienta que puedo hablar abiertamente sobre mi diabetes.	1	2	3	4
38. Creo que me he ajustado bien a tener diabetes.	1	2	3	4
39. Frecuentemente pienso que es injusto que tenga diabetes cuando otras personas son tan saludables.	1	2	3	4

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Irma Patricia Mota Flores

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

Tesis: Acciones de Autocuidado por desviación de la salud en el adulto con diabetes tipo 2

Campo de estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos personales: Nacida en México, D.F. el 29 de Agosto de 1959, hija de Jesús Mota Bravo y Lilia Flores González.

Educación: Egresada de la Universidad Veracruzana, con el grado de Licenciatura con titulación por promedio, 1998. Diplomado en Enseñanza Superior, 1999.

Experiencia Profesional:

Enfermera General del Instituto Mexicano del Seguro Social, y del Hospital de Petróleos Mexicanos en la ciudad de Veracruz, Ver. 1980-1985.

Supervisora de Enfermería del Sanatorio Español, Veracruz, 1984-1986.

Docente por asignatura de las Facultades de Enfermería de Veracruz y Coatzacoalcos, Ver. 1980-1991. Maestro por horas de la Facultad de Enfermería de Minatitlán, Ver. de 1991 a la fecha.

e-mail: patmf@hotmail.com



