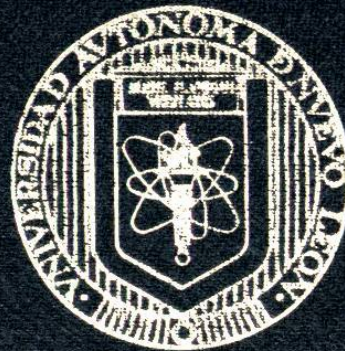


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS
CON DIABETES TIPO 2 EN AREA
NO METROPOLITANA**

Por

LIC. ESTHER ALICE JIMENEZ ZUÑIGA

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

SEPTIEMBRE, 2001

COM
55

RM

SO

SO

SO

SO

SO

SO

SO

SO

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

11 ACCIONES DE AULTOS EN ADULTOS

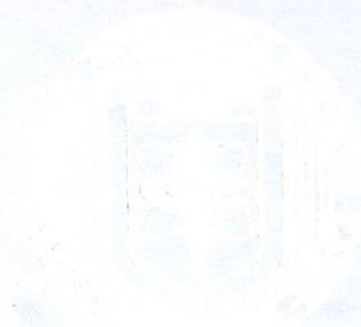


1080095034

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

ESCUELA DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIONES DE AUTO CUIDADO EN ADULTOS
CON DIABETES TIPO 2 EN ÁREA
NO METROPOLITANA

Por

LIC. ESTHER ALICE JIMENEZ ZUÑIGA

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

SEPTIEMBRE, 2001

RC 660
JS



7

8

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN
ARÉA NO METROPOLITANA

Por

LIC. ESTHER ALICE JIMÉNEZ ZUÑIGA

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

Septiembre, 2001.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN
AREA NO METROPOLITANA

Por

LIC. ESTHER ALICE JIMÉNEZ ZUÑIGA

Director de Tesis

M.E. ROSA ELENA SALAZAR RUIBAL

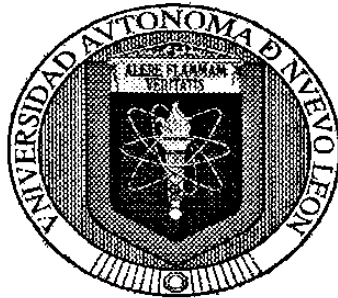
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

Septiembre, 2001.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN
AREA NO METROPOLITANA**

Por

LIC. ESTHER ALICE JIMÉNEZ ZÚÑIGA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, Ph D

Septiembre, 2001.

**ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN
AREA NO METROPOLITANA**

Aprobación de Tesis



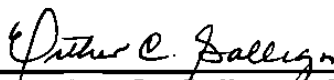
**M.E. Rosa Elena Salazar Ruibal
Director de Tesis**



**M.E. Rosa Elena Salazar Ruibal
Presidente**



**M.C.E. Santiago E. Esparza Almanza
Secretario**



**Esther C. Gallegos Cabriaes Ph D
Vocal**



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

Agradecimientos

Al gran Padre Dios por que es la energía Cósmica Universal que vibra en mi interior y en el interior de lo que existe en el universo infinito suministrándoles vida y energía. Gracias señor por dar esa energía a mi espíritu para salir adelante y enfrentar los retos del destino.

A la Lic. Enf. Manuela Téllez Zarate. Directora de la facultad de Enfermería de la Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán; por sus gestiones que hizo para que esté sueño se hiciera realidad, por creer en mí, por su gran apoyo moral. Gracias maestra.

A Rosalía Castillejos Luis M.D.U por las gestiones realizadas para que se realizara la Maestría con esta modalidad y por lograr que esté sueño hoy sea realidad.

A la M. E. Rosa Elena Salazar Ruibal. Por su entera dedicación a la realización de esté trabajo, acertada asesoría y paciencia demostrada; por ser una gran maestra y porque gracias a las muchas implicaciones que tuve en el trabajo aprendí mucho.

A la M.E. Alicia Gallegos Vásquez. Secretaria Académica de la unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana en el Campus Minatitlán, por el apoyo brindado, por creer en mí y porque gracias a sus consejos y a su apoyo moral que siempre me ha brindado, siempre la he admirado. Gracias Maestra Licha ha sido un modelo a seguir.

A la Maestra Moraima Katzz Ramírez por su apoyo, comprensión; por las muchas veces que nos ayudo a salir adelante, por el ánimo que siempre me proporcionó con esas palabras de aliento y por enviarme a ese ángel que siempre me cuida. Gracias.

A la Maestra María del Carmen Canseco Cortés por los consejos que tan acertadamente siempre me brindó, su gran comprensión para mi persona y por esa paciencia que siempre ha tenido conmigo; en verdad la admiro por ser un ser con muchas cualidades. Gracias.

A la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo con la gran admiración que tengo hacia su persona por ser un excelente ser con mucha paciencia y mediadora de tantos problemas y por ser un ejemplo a seguir. Gracias.

Al Director del hospital Civil Dr. Raymundo Gushiken Nakagawa por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio.

A las autoridades del centro de Salud de Minatitlán Directora Dra. Rafaela Sánchez Figueroa. Jefa de Enf. Froyla Rodríguez, por las facilidades otorgadas en la realización de este estudio.

A Bertha Cecilia Salazar González Ph D. Por su dedicación y paciencia que siempre tuvo hacia mí y por compartir todo lo que sabe. Gracias a su enseñanza pude aprender mucho acerca de cómo debe llevarse a cabo la investigación y de su gran calidad humana. Gracias.

A Esther C. Gallegos Cabriales PhD, por su aportación para enriquecer el contenido de éste estudio y la enseñanza que me brindó en la elaboración de éste.

A la M.C.E. Santiago Esparza Almanza por su amistad, comprensión, por las aportaciones que brindó al estudio y porque aprendí muchas cosas de usted. Gracias maestra Dios la bendiga siempre

A mis maestros de Maestría por su enseñanza en mi desarrollo profesional por que de cada uno aprendí mucho. Angelita, Dora Elia, Lucio, Vinicio, Lupita, Leoncio, Refugio.

A la familia Oliva Rodríguez por compartir conmigo su hogar y darme su cariño para que yo me sintiera como en familia. Gracias a cada uno de ustedes.

A la M.C. E. Dolores Corona Solano por su gran calidad humana y por estar conmigo en esos momentos de tristeza que viví brindándome su apoyo, comprensión. Por ser una persona que siempre estuvo preocupada por todos. Gracias maestra por todo, recuerde que en Minatitlan tiene una familia.

A Estela Oliva Rodríguez por ser una persona muy sencilla y muy comprensiva; gracias por tu amistad, en mi tienes una nueva amiga.

Al personal del área de posgrado Anel Tere, Lupita, Nidia, Silvia y Ana María, Gracias muchachas por su amabilidad y por su apoyo.

Al Dr. Leoncio Rodríguez, por su paciencia y apoyo estadístico para lograr comprender el proceso estadístico, porque parte de este logro es gracias a sus acertadas asesorías. Gracias maestro.

A mis Alumnas Rosy, Eulalia, Jovita, Estrella por apoyarme siempre. Gracias por el cariño que me brindan.

A Graciela y Guillermina por brindarme su casa; porque los momentos que pase con ellas fueron muy gratos, muchas veces me recordaron a Dios, ya que juntas compartimos la palabra divina. Gracias.

A mi amiga Rosalía por su apoyo incondicional que siempre me brinda y por todos los momentos que compartimos. Gracias.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a la realización de este estudio y que por motivos ajenos a mi voluntad ahora olvido.

Dedicatorias

Al ser que me dio la vida, el más grande tesoro que me ha brindado el señor porque siempre está conmigo en los buenos y malos momentos y por su apoyo incondicional. Has sido un regalo invaluable que la vida me dio y agradezco a Dios porque todavía te tengo, por tu gran amor, paciencia conmigo, por creer en mi, en todo lo que yo hago y por alentarme siempre ha seguir adelante y nunca dar marcha atrás. Gracias mami por ser mi fortaleza.

A mi papá (+) porque aunque no está conmigo, la enseñanza que me dejo y la fortaleza que infundió a mi persona me permite sentir que está conmigo cerca de mi corazón acompañándome.

A mi abuelita Esther, por su cariño, comprensión, consejos y por haberme dado una mamá tan maravillosa. Gracias abuelita.

A mis hermanas Ma, Teresa, Elizabeth, Virginia, Ma. De los Ángeles y Amparo por su apoyo moral, económico y sus sabias palabras; por creer en mi siempre y cuidar de mamá en mi ausencia; ojalá algún día ustedes también logren sus metas deseadas.

En especial a mi hermana Tere está parte de mi logro; sin tí no hubiera podido ser realidad esté sueño; gracias a tu apoyo moral, económico pero sobre todo por creer en todo lo que yo hago y tener la confianza en que no te iba a defraudar y brindarme siempre tu mano para salir adelante, que Dios te bendiga inmensamente.

A mis sobrinos Alix, Daniela, Paulo Cesar, Israel, Perfecto, Eder, Itzel Carlitos porque cada uno forma parte de mi corazón, los quiero mucho porque son parte importante en mi vida.

A mis tíos Martín, Gloria, Fernando, Rufina, Virginia, Carmen, Felipe, Adán y Luis por su apoyo moral y consejos que siempre me han brindado.

A mi primo Andrei Giovanni por el apoyo incondicional al inicio de la maestría y el ánimo que siempre infundió en mi con su apoyo moral, Gracias Giovanni, Dios te bendiga siempre.

A mis Cuñados Nicolás, Pablo, José, Roberto, Carlos por su apoyo moral y por cuidar de mi mamá en mi ausencia.

A mi gran amiga Aracely por su comprensión, apoyo moral, económico y por sus consejos; porque aunque tuvimos poco tiempo para compartir me ha enseñado que la amistad no se impone si no se conserva a través del tiempo, por tantas cosas que he aprendido de tí a través del tiempo de conocernos, porque siempre has estado conmigo en los buenos y malos momentos y porque siempre has creído en mi, gracias por ser mi amiga.

A mi gran amigo Abel porque siempre tuvo tiempo para escucharme, ayudarme e infundir en mi la semilla del deseo de superación y porque siempre estuvo conmigo en los buenos y malos momentos al no dejar que mi ánimo decayera con palabras de comprensión, credibilidad en mi y aliento a seguir adelante. Gracias amigo, espero que tu también logres todo lo que te propones.

A la M.C.E. Nora Nelly Oliva Rodríguez por ser un ser con muchas cualidades y una amiga que encontré en Monterrey al brindarme su amistad incondicional y dejarme compartir con su familia su casa, pero sobre todo por su apoyo moral y su gran calidad humana, por esas sabias palabras que siempre tuvo para conmigo infundiendo siempre la fortaleza que necesite. Gracias Noris, en mi tienes una gran amiga y una familia en Minatitlán.

A Todos mis primos que siempre han estado unidos en los buenos y malos momentos

A mis amigas de Maestría a las que aprecio mucho, Beatriz, Edith, Elia, Haydee, Alicia Toñita y Rosalía por compartir conmigo tantas cosas que tuvimos que soportar y esos ratos que fueron bonitos Gracias amigas.

A mis amigas Luz Ma, Silvia, Cande, Lulú, Ángeles por ser tan buenas conmigo, por sus consejos y porque con cada una de ustedes he aprendido, compartido muchas cosas y experiencias muy gratas.

A Doña Magdalena (+) que aunque ya no esta presente por brindarme esos momentos de alegría, consejos y por brindarme su confianza.

Índice

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco Teórico	3
Definición de Términos	9
Estudios Relacionados	10
Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño de Estudio	14
Población	14
Muestreo	14
Muestra	14
Criterios de Inclusión	15
Criterios de Exclusión	15
Procedimiento y Selección de la Muestra	15
Instrumentos	15
Procedimiento para Recolectar Información	18
Análisis de Datos	20
Consideraciones Éticas	21

Capítulo III	
Resultados	22
Datos Descriptivos de la Variable de Estudio	23
Datos Cualitativos de la Entrevista	25
Relación Entre las Variables de Estudio	27
<i>Estadística inferencial para verificación de hipótesis</i>	29
Capítulo IV	
Discusión	33
Conclusiones	36
Recomendaciones	36
Referencias	38
Apéndices	41
A Marco Conceptual para la Enfermería (Orem, 1993)	42
B Cédula de Datos Demográficos	43
C Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (CACD)	44
D Registro de Actividades en un día Típico	48
E Formato para la Entrevista	49
F Matriz para Categorizar las Entrevistas	50
G Consentimiento Informado	51
H Procedimientos para Medir peso talla y punción venosa	53

Lista de tablas

Tabla	Página
1 Criterios de clasificación del IMC en tres Categorías según Talla baja y normal	16
2 Criterios de Clasificación del Control Glucémico Según Valores de la HbA1c	16
3 Datos Clínicos de la Población de Estudio	23
4 Frecuencia y Porcentajes de Sujetos por Sexo en Tres categorías Según IMC	23
5 Datos Descriptivos de las Acciones de Autocuidado y Estado de Salud	24
6 Correlación Bivariada entre las Variables de Estudio	28
7 Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las Variables Estudiadas	29
8 Estadísticas Descriptivas del Índice de Autocuidado por Estado de Salud	30
9 Análisis de Varianza para la Comparación de Medias del Índice de Autocuidado por Estado de Salud	31
10 Efecto de la HbA1c, IMC y Kilocalorías sobre Índice de Acciones de Autocuidado	32

Lista de figuras

Contenido	Página
1 Teoría Enfermería del Déficit de Autocuidado (Orem, 1993)	4
2 Estructura Conceptual Teórico Empírica	8

RESUMEN

Esther Alice Jiménez Zúñiga

Fecha de Graduación: Septiembre, 2001

Universidad Autónoma De Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN ÁREA NO METROPOLITANA.

Número de Páginas: 54

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 de este estudio fue determinar cuáles son las acciones de autocuidado que realiza el adulto diagnosticado con diabetes tipo 2 y qué factores condicionantes básicos las determinan. El marco teórico utilizado fue la teoría de autocuidado de Orem (1993). El diseño fue descriptivo y correlacional. La muestra estuvo constituida por 79 adultos diagnosticados con diabetes tipo 2 de 30 a 60 años de edad. El muestreo fue por conveniencia. La muestra se calculó en un modelo de regresión lineal para un coeficiente de determinación de 15%, potencia de 80 y alpha de .05. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento Acciones de Cuidado en Diabetes (Toober & Glasgow, 1993), Cédula de Datos Demográficos, Registro de Actividades en un Día Típico.

Contribución y Conclusiones: En los datos clínicos de los participantes el 100% de ellos obtuvo niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) mayores al 8%, además el 77 % se ubicó con sobrepeso y obesidad, tales hallazgos son factores de riesgo que ponen en peligro el estado de salud de las personas afectadas con diabetes tipo 2. Se encontró relación significativa entre kilocalorías gastadas e índice de masa corporal (IMC) ($r_s = .59$, $p = .001$), se obtuvo relación inversa entre el estado de salud con índice de masa corporal ($r_s = -.84$, $p = .001$), índice de acciones de autocuidado con cifras de HbA1c ($r_s = -.29$, $p = .001$) y kilocalorías gastadas con el estado de salud ($r_s = -.59$, $p = .001$). Las mujeres mostraron medias significativamente mayores de autocuidado que los hombres ($t = -2.07$, $p = .04$). La contribución de este estudio, permitió conocer que las personas realizan sólo acciones de autocuidado derivadas de la condición de la diabetes y éstas tienen que ver con prácticas que derivan de la cultura y de la búsqueda de alternativas que realizan las mismas personas.

Firma del Director de Tesis



Capítulo I

Introducción

La salud como derecho de todo ser humano, es la piedra angular y parte fundamental en el desarrollo personal y de la sociedad, por esta razón el gobierno emplea estrategias tales como programas de detección oportuna y control de la diabetes que tiene como propósito evitar el daño a la salud del individuo. El reporte de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, (SS, 1996) muestra un incremento en la prevalencia de la diabetes a nivel nacional. El 10.9% de la población Mexicana entre 30 y 69 años padece diabetes tipo 2. En el estado de Veracruz, la diabetes tipo 2 ocupa el cuarto lugar en morbilidad; y en el municipio de Minatitlán ocupa el sexto lugar en morbilidad con una tasa de 203/100000 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999).

El riesgo de desarrollar la diabetes tipo 2 aumenta conforme avanza la edad; en la población menor de 34 años afecta alrededor del 3% mientras que entre los 64 y 74 años, 33% de los sujetos la padece. La etiología de la diabetes tipo 2 es multicausal, se reconocen desde factores genéticos hasta cambios en el estilo de vida en las sociedades contemporáneas, como el tipo de alimentación que incluye altas cantidades de azúcares refinados y grasas saturadas (ejemplo las llamadas comidas rápidas). En igual forma se observa la presencia de factores de riesgo como el sedentarismo y la tensión emocional. La diabetes es una enfermedad crónico degenerativa cuyo tratamiento y control *dependen del individuo que la padece tanto el tratamiento como el control se ven afectados por conductas contrarias a la salud y hábitos nocivos como el*

alcoholismo y el tabaquismo (Díaz, Galán & Fernández, 1993).

Diversas investigaciones han indagado sobre las acciones que llevan a cabo los individuos diagnosticados con diabetes tipo 2 para cuidarse en relación al tratamiento médico prescrito (García, Reyes, Garduño, Fajardo, & Martínez, 1995; Miller, 1982; Salazar, Gallegos & Gómez, 1998). Sin embargo, pocos estudios han abordado lo que las personas hacen para cuidarse mas allá del tratamiento médico (Arganis, 1998; Piñones, 1992; Autor anónimo, 2000). Asimismo no se tiene información sobre la influencia del medio ambiente para llevar a cabo el tratamiento y control de los pacientes con diabetes tipo 2.

La presente investigación buscó determinar cómo se cuidan los pacientes con diabetes tipo 2 considerando lo que obedece al tratamiento médico prescrito y lo que realizan las personas además de éste. En esta perspectiva la teoría de autocuidado (AC) de Orem (1993) sirvió de marco teórico para estudiar este fenómeno. En el contexto de esta teoría se realizó un estudio de tipo descriptivo para responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las acciones de autocuidado que llevan a cabo los adultos diagnosticados con diabetes tipo 2 y qué factores las determinan?

Importancia del Estudio

La importancia del presente estudio es ampliar el conocimiento de cómo se da el autocuidado en poblaciones residentes de ciudades pequeñas que difieren del medio ambiente de las grandes urbes enriqueciendo el contenido conceptual del AC. especificando las acciones que van más allá del tratamiento médico.

Marco Teórico

La teoría del autocuidado (TAC) que es parte constituyente de la Teoría General del Déficit del Autocuidado (TGDAC) de Orem (1993). En los siguientes párrafos se hace una breve explicación TGDAC para después explicar con más detalle la TAC la cual constituye la parte fundamental del contexto teórico del estudio.

La TGDAC explica bajo qué condiciones los individuos pueden requerir de la intervención del profesional de enfermería, esta explicación la hace a través de cinco conceptos centrales: a) capacidades de autocuidado, b) acciones de autocuidado, c) demanda de autocuidado terapéutico, d) agencia de enfermería, e) déficit del autocuidado. La autora incluye un sexto concepto al que designa como factores condicionantes básicos categorizándolo como un concepto periférico.

El autocuidado (AC) es la práctica de acciones que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, estas acciones se pueden dirigir hacia el propio individuo o hacia su entorno. Las acciones de autocuidado cambian con el tiempo y según las circunstancias.

Además, generalmente se tienen que realizar un conjunto de acciones mas que una sola. A este conjunto de acciones se le conoce como demanda terapéutica de autocuidado. Todo individuo requiere de poseer o desarrollar capacidades especializadas para llevar a cabo las acciones de autocuidado (AAC). Estas capacidades se refieren a las habilidades complejas, adquiridas que se aprenden a lo largo de la vida en los medios donde se desarrollan las personas. Cuando las capacidades son menores que la demanda de AC se dice que existe un déficit de autocuidado. Sólo cuando se presenta este déficit se justifica que intervenga la enfermera con su agencia, que se refiere a la preparación profesional que ha recibido y que la faculta para ayudar a la

persona a resolver su déficit de autocuidado. Tanto las variables relativas al paciente como la agencia de enfermería se ven afectadas por un conjunto de factores que proceden del interior o exterior de los individuos y a los que la teorista llama factores condicionantes básicos. Las relaciones de estos seis conceptos se muestran en el apéndice A.

La TGDAC Orem (1993), está constituida por tres teorías de rango medio relacionadas entre sí :Teoría del autocuidado, del déficit de autocuidado y del sistema de enfermería (Figura 1).

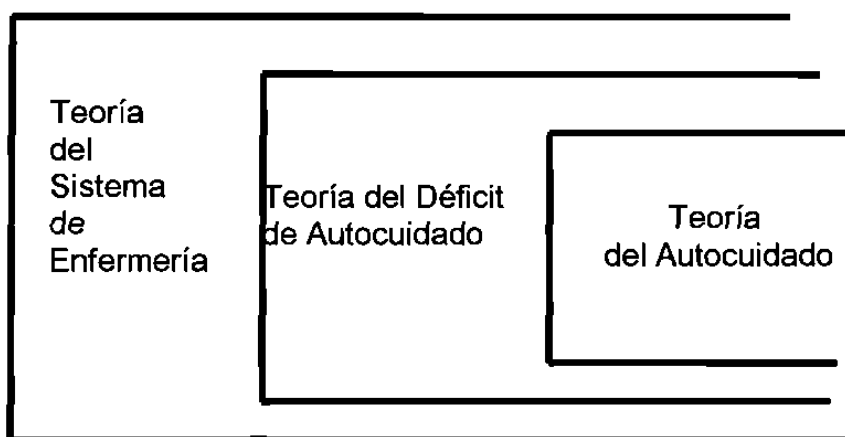


Figura 1. Teoría Enfermería del Déficit de Autocuidado Orem (1993)

En seguida se hará una explicación de la TAC que es la que se utilizará en este estudio. La idea central de la teoría del autocuidado, es que el autocuidado consiste en una serie de acciones realizadas por personas maduras que son aprendidas y dirigidas hacia sí mismos, tienen como fin mantener el mejor estado de salud posible. El AC implica la ejecución de acciones dirigidas al propio individuo o al medio que lo rodea; tales acciones son aprendidas.

El objetivo de las acciones de autocuidado es satisfacer los requisitos de autocuidado por lo que se dice que el AC tiene forma y contenido. La forma es

la acción y el contenido es la razón por la que se ejecuta dicha acción, es decir la satisfacción de cierto factor que se conoce o se presume que tiene la probabilidad de promover o interferir en el funcionamiento y desarrollo del individuo. Es necesario que los individuos conozcan los niveles apropiados de su funcionamiento y el nivel de desarrollo de todas sus esferas.

Al hablar de la estructura sustantiva del concepto de autocuidado se divide en: a) operaciones estimativas de autocuidado, éstas son las que buscan conocimiento empírico y técnico con el objeto de conocer qué es lo que debe hacerse con respecto al cuidado de uno mismo, b) las operaciones transicionales de reflexionar, juzgar, y decidir con respecto al cuidado de uno mismo y c) operaciones productivas. Estas son las que se realizan para lograr resultados prácticos que exigen preparación para las medidas de autocuidado y realización de las mismas, control de la ejecución así como de sus defectos y resultados, emisión de juicios y toma de decisiones sobre las acciones subsiguientes.

Orem (1993) introduce el subconcepto de requisitos de autocuidado, mismo que tiene significado cuando se explica lo que es autocuidado. El AC tiene como finalidad satisfacer tres tipos de requisitos. a) Universales considerados como vitales a todos los seres humanos, e incluyen satisfacer los requerimientos del aire, agua, la ingestión de alimentos, la eliminación, actividad equilibrada, descanso, aislamiento e interacción social y la prevención de accidentes, y promoción de la normalidad, b) del desarrollo, son específicos y consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos de desarrollo asociados a los procesos del desarrollo humano; se reconocen dos tipos de requisitos del desarrollo: Los que promueven el progreso humano y los que pueden afectar adversamente y c) Estado de salud o enfermedad, resultan de una enfermedad, lesión o alteración o de su tratamiento que incluyen acciones como

c.1) búsqueda de asistencia médica, adecuada asociados con acontecimientos y estados humanos patológicos, c.2) tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos incluyendo los efectos sobre el desarrollo c.3) llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas para prevenir tipos específicos de patología o a la regulación del funcionamiento humano c.4) tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo c.5) modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud, c.6) aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

Las proposiciones teóricas de Orem (1993), que se seleccionaron para este estudio son las siguientes:

- ◆ La conducta de autocuidado se ve afectada por el autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo
- ◆ La conducta del autocuidado está afectada por las objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
- ◆ Cada persona debe realizar o ha realizado para sí misma diariamente un mínimo de actividades dirigidas hacia sí mismo, o en consideración a sí mismo, para continuar su existencia como organismo con una vida racional. Si la salud tiene que mantenerse y mejorarse, debe realizar actividades adicionales. En caso de enfermedad, lesión o disfunción física o mental, debe realizar otras actividades para mantener la vida o mejorar la salud.

- ◆ La enfermedad, lesión o disfunción física o mental puede limitar lo que una persona puede hacer por sí misma, puesto que tales estados pueden limitar su capacidad para razonar, tomar decisiones y ocuparse en una actividad para alcanzar objetivos de autocuidado. La enfermedad, la lesión y la disfunción pueden implicar cambios estructurales, así como funcionales, que pueden necesitar el uso de medidas especializadas de autocuidado; algunas de ellas pueden ser prescritas médicamente.
- ◆ El autocuidado implica la búsqueda y participación en los cuidados médicos prescritos por el médico en el caso de desviaciones o cambios de salud, y evaluaciones científicas periódicas del estado de salud (Orem, 1993, p. 134).

En la figura 2 se presenta la estructura conceptual teórico empírico de los conceptos utilizados para el estudio.

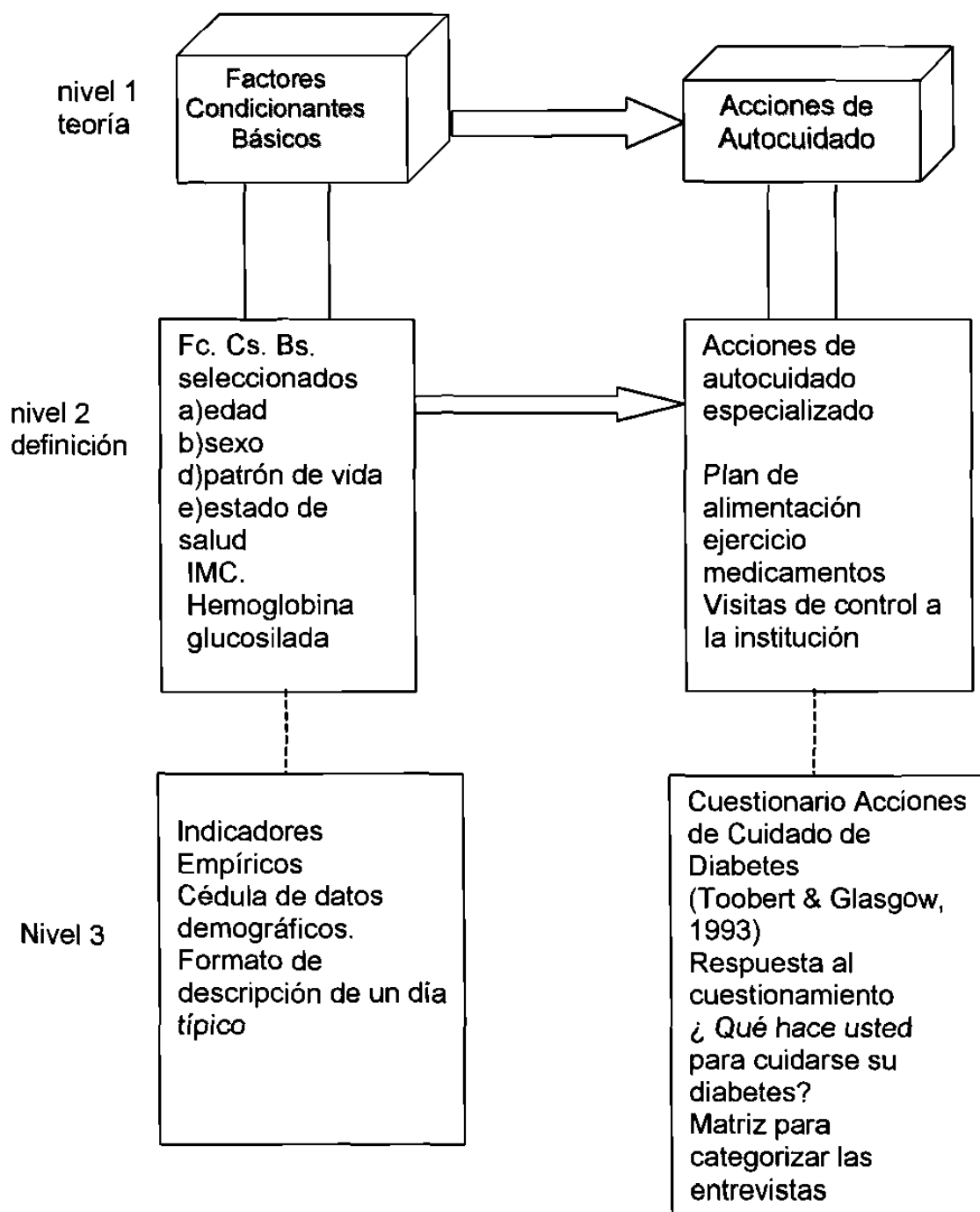


Figura 2. Estructura Conceptual Teórico-Empírica

Definición de Términos

Acciones de Autocuidado. Son las actividades aprendidas y deliberadas que realizan las personas con diabetes tipo 2 para el control de su enfermedad

Las actividades que se consideraron son:

1. Plan de alimentación
2. Ejercicio
3. Medicamentos
4. Visita de control a la institución
5. Las acciones contenidas en la respuesta al cuestionamiento
¿Qué hace usted para cuidarse su diabetes?

Factores Condicionantes Básicos: Son factores o situaciones internos ó externos que influyen en las acciones de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2. Se consideraron:

1. Edad: Se registró en años cumplidos en el momento de la entrevista.
2. Sexo: Se refiere al género de la persona, en términos de masculino y femenino.
3. Estado marital: Se refiere si el individuo cuenta con pareja.
4. Años de educación formal: Son los años de escolaridad que cursó el individuo.
5. Patrón de vida: Son las actividades que realiza el individuo en un día típico, 24 horas.
6. Estado de salud: Estuvo representada por el porcentaje de hemoglobina glucosilada e índice de masa corporal.

Estudios Relacionados.

Salazar et al. (1998) efectuaron un estudio descriptivo correlacional transversal con 145 adultos diabetes mellitus tipo 2 de ambos sexos entre 30 y 60 años en una población en el área metropolitana urbana de Monterrey. El 69% de la población fue de sexo femenino. Los resultados confirmaron una asociación significativa entre las acciones de autocuidado (AAC) y factores condicionantes básicos ($F_{5,144} = 3.52$, $p = .01$). Las actividades de autocuidado contribuyen positivamente a mantener los indicadores de control metabólico en cifras o niveles aceptables. De los cuatro indicadores (IMC, Glucemia, Tensión Arterial y condiciones de las extremidades) solo las cifras de glucemia mostraron asociación significativa AAC ($r = 0.21$, $p = .01$). En consecuencia se aplicó un modelo de regresión lineal simple donde las acciones de autocuidado constituyeron la variable independiente y la glucemia la dependiente fue significativo ($F_{1,141} = 6.5$, $p = .01$) con un coeficiente de regresión de -3.07 , y varianza explicada de 3.7%.

Alonso, Carmona, García y Vega (1999) realizaron un estudio descriptivo correlacional de 50 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad urbano marginada de Nuevo León. El objetivo fue determinar la relación que existía entre edad, sexo con la práctica de estilos de vida saludables (ejercicio y nutrición). Los resultados mostraron correlación significativa ($r = 0.27$ y $p = .56$) entre escolaridad y nutrición.

Miller (1982) realizó un estudio de tipo descriptivo cualitativo en 65 personas con diabetes mellitus (DM) entre los 22 y 83 años. El propósito fue determinar las necesidades de autocuidado en pacientes con DM con cuidado ambulatorio; se encontró que los pacientes deben: a) adquirir habilidades para el manejo del autocuidado, b) recibir retroalimentación sobre el manejo del autocuidado, c) hacerse consciente de sus propios recursos, d) acrecentar

sentimientos de autoestima, e) estar afligido por la pérdida y trabajar hacia la aceptación de la enfermedad crónica, f) tener evaluadas preocupaciones de salud anteriores ó nuevas; g) obtener servicios de varias agencias de apoyo, h) aliviar incomodidad física y mental, i) identificar el rol positivo de la agencia del cuidado a la salud y sentir participación completa en determinar objetivos de cuidado, j) mantener la solidaridad familiar y apoyo o asistencia a miembro enfermo.

Bañuelos, (1999) realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional explicativo, con 90 adultos con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 60 años en una comunidad urbana. Los resultados reportaron que el índice de masa corporal (IMC) y nueve factores más explicaron el 13 % de la variación en las *acciones de autocuidado realizado por el adulto mayor* ($F_{10,79} = 2.34, p = 01$). El nivel de control glucémico se explicó en un 14% por los indicadores de los conceptos: a) factores condicionantes básicos, b) capacidades de autocuidado y c) acciones de autocuidado, sin embargo las acciones de autocuidado no fueron significativas en este modelo.

Arganis (1998) llevó a cabo una investigación cualitativa en 20 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistían a control de la diabetes en la clínica de medicina familiar en Veracruz. Los principales resultados señalan que el 65 % se ubicó entre los 40 y 60 años, 85% sólo estudió primaria o primaria incompleta, el 90% asoció el tratamiento médico a una serie de situaciones incómodas y difíciles de cumplir tales como realizarse la prueba de la glucosa, tener dieta estricta, hacer ejercicio, tomar pastillas "que no siempre sientan bien" o verse obligados a ciertas circunstancias como aplicarse insulina. Con relación a la insulina el 90% manifestó que *causa ceguera*, el 85% consideró insuficiente el tratamiento biomédico y la necesidad de usar otros recursos como la herbolaria.

Piñones (1992) realizó un estudio sobre la persistencia de la medicina tradicional en familias de una comunidad urbano marginada de Nuevo León. Los principales resultados mostraron que el primer recurso que usa la familia cuando se enferma es la herbolaria, la medicina mágica como segunda alternativa y la medicina científica o una combinación de ambas. En general, acuden a la consulta científica cuando no pudieron resolverles el problema; la autora encontró que es frecuente observar que cuando llevan un medicamento de patente lo combinan con el tradicional y en ocasiones llegan abandonar el tratamiento médico por el tradicional.

En una investigación cualitativa de audiencia (Autor anónimo, 2000), cuyos propósitos fueron: investigar el nivel de conocimiento sobre la diabetes, causas, síntomas y consecuencias entre hombres y mujeres de 40 a 55 años; conocer y comprender sus actitudes y prácticas de salud alimenticias en las ciudades de Monterrey, Guadalajara, y Mérida. En cada una de las tres ciudades se formaron seis grupos focales de hombres y mujeres. Cuatro de los grupos eran de la población general y los otros dos grupos pertenecían a personal médico y paramédico. Dentro de los resultados, la población desconoce las causas y efectos de la diabetes, la noción de crónico degenerativo asocia la diabetes con aumentos de azúcar y atribuye su origen a emociones fuertes.

En el cuidado de la salud predomina una escasa cultura preventiva, una aceptación fatalista de las enfermedades y una resistencia a visitar al médico. Respecto a la comida importa más la cantidad y el gusto que la calidad. El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva y atenta contra el gusto, las costumbres, aísla a la familia. El consumo de carnes está sobrevalorado y el de verduras devaluado.

Rodríguez y Guerrero (1998) efectuaron un estudio comparativo realizado en pacientes con diabetes tipo 2, habitantes de comunidades urbanas y rurales. La muestra estuvo conformada por 1489 pacientes, 746 corresponden al área rural y 743 pacientes al área urbana. Destaca el bajo nivel de escolaridad en las mujeres del área rural. Se documentó un franco sedentarismo y obesidad en los pacientes de las comunidades urbanas. Tanto en las comunidades urbanas como rurales existe un alto consumo de calorías. De igual manera en las mujeres como en los hombres destaca el sedentarismo, la obesidad y el predominio de bajo consumo de fibra.

Hipótesis

1. Existe relación entre la edad y nivel de acciones de autocuidado que desarrolla el individuo con diabetes tipo 2.
2. La edad y el sexo predicen el nivel de acciones de autocuidado de la diabetes tipo 2.
3. El nivel de acciones de autocuidado que realizan las mujeres, es superior al nivel de acciones de los hombres diagnosticados ambos con diabetes tipo 2.
4. El estado de salud afecta positivamente el nivel de acciones de autocuidado.
5. El patrón de vida afecta directamente el estado de salud e indirectamente el nivel de acciones de autocuidado que realiza el adulto con diabetes tipo 2.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, muestreo, muestra, criterios de inclusión, medición de las variables, procedimiento de recolección de datos, estrategias de análisis de datos y consideraciones éticas.

Diseño de Estudio

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional transversal. Este diseño resultó apropiado para describir las relaciones entre las variables. (Polit & Hungler, 1999).

Población

La población de estudio estuvo constituida por adultos diagnosticados médicamente con diabetes tipo 2 que acuden al centro de salud y que residen en la ciudad de Minatitlán, Veracruz dentro de un rango de edad de 30 a 60 años, de ambos sexos.

Muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico,

Muestra

El tamaño de la muestra estuvo constituida por 79 adultos diagnosticados con diabetes tipo 2. El tamaño se calculó para un modelo regresión, considerando un alfa de .05 y un poder de prueba de 80% con un coeficiente de determinación de 15% (Elashoff, 1996).

Criterios de Inclusión

Adultos de ambos sexos que tuvieran al menos un año de diagnóstico de diabetes tipo 2.

Criterios de Exclusión

Mujeres con diabetes tipo 2 que estuvieran embarazadas.

Procedimiento y Selección de la Muestra

La selección de los pacientes se llevó a cabo en aquellos que asistieron a consulta ó que acudieron a las reuniones de grupo de personas con diabetes tipo 2 y que aceptaron participar. Con el fin de aplicar las entrevistas a partir del listados de pacientes incorporados al estudio, se seleccionaron en forma aleatoria n= 8 personas eligiéndose de acuerdo a los criterios de inclusión y se tomó su anuencia por escrito para participar en el estudio.

Instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron en el estudio fueron los siguientes:
Cédula de Datos Demográficos : En esta hoja se registraron: la edad en años cumplidos, sexo, estado civil, años de escolaridad formal. Para los datos clínicos del paciente se tomaron el peso, la talla y resultados de hemoglobina glucosilada. El índice de masa corporal (IMC) se calculó para cada individuo usando el peso (P) y talla (T) corporales a través de la fórmula $IMC = (P / T^2)$ (Norma Oficial Mexicana, [NOM] para el manejo integral de la obesidad 1998). (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Criterios de Clasificación del IMC en 3 Categorías según talla baja y normal

Clasificación	Talla baja	Talla normal
Normal	19 - 23	20 –25
Sobrepeso	>23 <25	>25 < 27
Obesidad	≥25	≥27

Para determinar el nivel de control glucémico según valores de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}), se consideraron los valores propuestos por la Norma Oficial Mexicana para el Manejo y Control de la Diabetes (NOM 015 SSA2, 1994).

Tabla 2

Criterios de Clasificación del Control Glucémico Según Valores de la HbA_{1c}

CLASIFICACIÓN	VALORES DE LA HbA _{1c}
Bueno	< 6.5 % mg/dl
Regular	6.5 - 8 % mg/dl
Malo	> 8% mg/dl

Para representar el estado de salud se construyó un índice compuesto por IMC y HbA_{1c}. Según IMC se les dió un valor de 1 al de cifras normales, -1 al sobrepeso y -2 a la obesidad. Para la hemoglobina glucosilada se le otorgó un valor de 1 a la clasificación de bueno, 0 al de regular, y -1 al de malo. De tal manera, que el puntaje total que cada persona pudo obtener para representar el

estado de salud varió desde -3 hasta + 2 , en donde a mayor puntaje el estado de salud se consideró mejor.

Cuestionario : Acciones de Cuidado en Diabetes, diseñado por Toobert y Glasgow (1993) para medir las actividades de autocuidado realizadas por pacientes con diabetes tipo 2. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana en personas con diabetes (Bañuelos, 1999). Consta de 12 ítems con patrón respuesta de opción múltiple (cuatro y cinco opciones) y de respuesta continua (cero al siete). Incluye cuatro subescalas: dieta, ejercicio, automonitoreo de glucosa y medicamentos. Cinco de las preguntas están relacionadas con la subescala de dieta, tres para el ejercicio, dos con el automonitoreo de glucosa y dos preguntas para medicamentos. Cada entrevistado pudo obtener un puntaje mínimo de 10 y un máximo de 63, donde los valores más altos reflejan un mayor nivel de actividades de autocuidado, mientras que el más bajo lo opuesto.

Para las preguntas 2, 3, 4, 5, 7 y 10, las respuestas están dadas en porcentajes del 0 al 100, las preguntas 8 y 6 (con ocho opciones de respuesta de 0 a 7). Los reactivos que se invirtieron fueron los que corresponden a la preguntas 1, 4, y 5 concernientes a la dieta. Además, en aquellos pacientes que no tuvieron indicado insulina e hipoglucemiantes orales se anularon las preguntas 11 y 12. Por lo anterior, el puntaje para cada persona varió de la siguiente manera: Los pacientes que no tienen indicado hipoglucemiantes orales ni insulina, el puntaje mínimo fue de 6 y el máximo de 44. y para los pacientes que sí tienen prescrito hipoglucemiantes orales ó insulina, el puntaje mínimo fue de 7 y el máximo de 48 (Apéndice C). La consistencia interna del cuestionario para esta muestra fue de .71 (Alpha de Cronbach).

Formato de Registro de Actividades del día Típico: Este instrumento se diseñó para investigar las actividades que en un día típico realiza la persona durante las 24 horas para saber las kilocalorías gastadas por cada persona. El formato tiene 5 columnas que incluyen horario, tipo de actividad, razón de la actividad, intensidad de la actividad y código met, ésta última se usó para el cálculo de kilocalorías gastadas por cada individuo en 24 horas requiriendo la fórmula: $(\text{mets de la actividad} \times \text{peso}) \times (\text{tiempo de actividad}/60\text{min}) =$ kilocalorías gastadas por actividad. Las actividades se clasificaron de acuerdo al compendio de actividades físicas clasificación de gastos de energía humana en actividades físicas (Ainsworth, Haskell León, Jacobs, Montoye, Sallis & Paffenbarger (1993) (Apéndice D).

Entrevista: Este formato contiene solamente la pregunta que se hizo al paciente: ¿Qué hace usted para cuidarse su diabetes? La respuesta fué abierta (Apéndice E). Para categorizar la entrevista se elaboró una matriz donde se agruparon en tres columnas las respuestas, se incluyeron los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo, y en dos filas los derivados de la condición de la enfermedad en donde se agrupan en estimativo (tomar decisión) operaciones de producción (ver Apéndice F).

Procedimiento para Recolectar Información

Antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos se cubrieron los trámites correspondientes para obtener la autorización por parte de los directivos del centro de salud y el hospital general de la Secretaría de Salud en Minatitlán Veracruz. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Para la recolección de datos a las personas que conformaron la muestra,

se les entrevistó en el servicio de consulta externa de la unidad de salud donde se les explicó el propósito del estudio de investigación y los pasos que se seguirían, a los que aceptaron participar se les proporcionó la hoja de consentimiento informado (ver Apéndice G) y se les leyó para que se enterasen de lo que estaban firmando. En el caso de los participantes analfabetas, la lectura se realizó en presencia de un familiar para que firmara el consentimiento informado.

Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes se buscó un lugar apartado para que el entrevistado se sintiera cómodo. Se leyó al individuo los enunciados del instrumento de manera pausada y clara para que entendiesen las preguntas correspondientes al mismo y se registraron las respuestas. Respecto al consumo de verduras, grasas y dulces, se les presentó una tabla con ilustraciones que facilitara su entendimiento, donde se les indicó el porcentaje y a qué proporciones correspondía cada alimento. Cada entrevista tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente. Posterior a la aplicación de los instrumentos, se tomó somatometría en una báscula con estadímetro de piso marca Bame modelo 420. Además se tomó muestra de sangre para el examen de hemoglobina glucosilada. Los procedimientos se muestran en el Apéndice H. Los cuestionarios fueron revisados por la responsable del estudio para verificar que estuvieran completos. Una vez obtenidos los resultados de la hemoglobina glucosilada éstos fueron proporcionados a los pacientes y al médico tratante.

La recolección de la información se realizó en un período de tres semanas durante cinco días a la semana. La recolección de datos se llevó a cabo por la responsable del estudio.

El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente:

1. Cédula de datos demográficos
2. Cuestionario de acciones de cuidado en diabetes
3. Registro de actividades en un día típico
4. Hoja para transcribir la entrevista
5. Matriz para categorizar las entrevistas

Análisis de Datos.

El procesamiento de los datos se realizó por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 9. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central (mediana, media) y medidas de variabilidad para las variables originales e índice de los instrumentos (valor mínimo y máximo, desviación estándar, varianza). En el análisis estadístico inferencial para corroborar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov habiendo normalidad de las variables estudiadas por lo que se utilizaron estadísticos para pruebas paramétricas. Para la primera hipótesis se utilizó r de Pearson para verificar la relación entre las variables, en la hipótesis 2 se utilizó una regresión lineal múltiple para predecir el efecto de las variables independientes edad y sexo sobre acciones de autocuidado como variable dependiente. En la hipótesis 3, se utilizó t de student para muestras independientes. Para verificar la hipótesis 4, se aplicó un análisis de varianza. Para la hipótesis 5, el coeficiente de correlación de Spearman para el patrón de vida y estado de salud categorizado con el fin de determinar la relación directa; y una regresión lineal múltiple para la segunda parte de la hipótesis que señala una relación indirecta de patrón de vida y nivel de acción de autocuidado.

Consideraciones Éticas.

Esta investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud (1987) en materia de investigación para la salud. En el Título segundo capítulo 1, se derivan los artículos concernientes a este estudio.

Se contó con el consentimiento informado por escrito de los sujetos de estudio de esta investigación, donde se les explicó de manera clara y precisa en qué consistían los objetivos del estudio, la duración del procedimiento y las pruebas de laboratorio que se le realizarían. (Artículo 14 fracción V, artículos 20 y 21, fracción I, II, IV, VII).

Se trató de manera respetuosa al paciente, llamándolo por su nombre (sólo para fines de la investigación, ya que los nombres no aparecen en los resultados finales del estudio); los datos se tomaron en un lugar privado de tal manera que el paciente se sintiera cómodo (Artículo 13). Se protegió la privacidad y el anonimato del sujeto de estudio (Artículo 16, VIII).

Esta investigación se consideró de riesgo mínimo, en virtud de que se aplicaron cuestionarios que no abordan contenido íntimo del paciente; se extrajo sangre para el examen de hemoglobina glucosilada, y se tomaron las medidas antropométricas (peso y talla) (Artículo 17, fracción II).

Capítulo III

Resultados

Los resultados que se reportan corresponden al estudio realizado en 79 sujetos diagnosticados médicamente con diabetes tipo 2, adscritos a una Institución de la Secretaría de Salud. El contenido de este capítulo comprende los siguientes apartados: 1) Datos descriptivos de las variables de estudio, 2) Correlación entre las variables de estudio, y 3) Estadísticas inferenciales para la verificación de hipótesis.

Características de la Muestra

El 87% de la población correspondió al sexo femenino, y el 12.7% al masculino, referente al estado marital el 75% cuenta con pareja. La edad promedio de los participantes fue 50.06 años (DE 7.37). El promedio de escolaridad fue de 3.78 años de escolaridad (DE 3.35) por lo que se puede afirmar que la mayoría de los individuos tuvieron un nivel bajo de escolaridad.

Referente a los datos clínicos de los pacientes, se encontró una media de 17.08 (DE 4.2) para los valores de hemoglobina glucosilada. En cuanto a los años de diagnóstico de la enfermedad la media obtenida fue de 6.2 (DE 4.32) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Datos Clínicos de la Población de Estudio

Variable	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor Máximo	Valor Mínimo
Peso	68.79	67.70	12.58	100	47
IMC	30.2	29.22	5.72	46	21
Talla	1.50	1.50	.008	1.70	1.30
HbA1c	17.08	17.15	4.2	27.95	10.2
Años de diagnóstico	6.2	6	4.32	20	1

n=79

Al clasificar a los participantes por su peso según el sexo de acuerdo a las Norma Oficial Mexicana de obesidad (1998) se encontró que tanto en las mujeres como en los hombres hay sobrepeso pero el porcentaje de obesidad es mayor en las mujeres (ver Tabla 4).

Tabla 4

Frecuencia y Porcentaje de Sujetos por Sexo en Tres Categorías según IMC

Variable	Masculino n=10		Femenino n=69		Total	
	f	%	f	%	f	%
Indice de masa corporal						
Normal	3	30	15	22	18	23
Sobrepeso	2	20	7	10	9	11
Obesidad	5	50	47	68	52	66

n=79

Al clasificar a los sujetos según cifras de hemoglobina glucosilada se encontró que el 100% de los participantes se ubicó en la clasificación de control malo de acuerdo a los parámetros de la (NOM de diabetes,1998).

En relación al cuestionario de acciones de cuidado en diabetes, la media del puntaje para el sexo masculino fue de 44.10 (DE 19.41), la media para el sexo femenino fue de 57.11 (DE 18.43) (ver Tabla 5).

Tabla 5

Datos Descriptivos de las Acciones de Autocuidado y el Estado de Salud.

Variable	Masculino n=10				Femenino n= 69				
	Media	<u>DE.</u>	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	<u>DE</u>	Valor Máximo	Valor Mínimo	Media Gral.
Indice de EACD	44.10	19.41	17.9	74.36	57.11	18.4	12.82	91.67	55.46
Salud	-1.9	1.37	-3	0	-2.24	1.22	0	-3	-2.2

n=79

En lo referente al patrón de vida, se calculó a través de las kilocalorías gastadas en un día típico durante 24 horas por cada persona. La media obtenida fue de 3069 kilocalorías (DE 697.72) con un valor mínimo de 2013.95 y un valor máximo 5519.5 kilocalorías gastadas en 24 horas.

Datos Cualitativos de la Entrevista

Con el propósito de conocer qué otras acciones realizan los individuos con diabetes tipo 2, aparte del tratamiento médico prescrito se realizó una entrevista a una muestra de 8 personas y las respuestas fueron agrupadas de acuerdo a las 5 categorías de autocuidado por desviación de la salud según la teoría de Orem (1993).

La primer categoría se refiere a las formas en que las personas entrevistadas buscan la ayuda adecuada para el control de su enfermedad. Los sujetos mencionaron acudir a la cita a los centros botánicos para que les prescriban tratamiento naturista a base de hierbas para el control de su enfermedad. Otra fuente de ayuda es usar lo que otras personas les recomiendan porque han tenido buenos resultados en el control de su diabetes , "también acudo con la nutrióloga para que me de mi plan de alimentación al centro de salud", "Voy al centro de salud cuando me siento mal por el azúcar alta".

La segunda categoría: Tener conciencia y prestar atención a los efectos de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. "Con la azúcar alta me afecta la vista, la circulación, el riñón, las comidas dulces y con demasiada grasa nos afecta la salud. Cuando a mí me sube la azúcar me siento mal, me mareo, me dá mucha sed y muchas ganas de orinar. Cuando me baja la azúcar me mareo y sudo mucho". Conocen los efectos que tienen los niveles altos y bajos de azúcar, "con la azúcar me pueden llegar a cortar una pierna, si me corto o tengo una lesión, la azúcar afecta la circulación de los pies".

La cuarta categoría hace referencia a lo que las personas prestan atención o regular los efectos negativos a las incomodidades de las medidas de cuidado prescritas por el médico, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. Las personas manifestaron: "Los medicamentos que me da la secretaría de

salud no me bajan el azúcar," "la insulina daña el organismo produce ceguera", "los medicamentos naturistas son mejores que los medicamentos ya que me controlan mejor la azúcar", "los medicamentos irritan el estómago, y a veces bajan la azúcar más de lo normal".

En la quinta categoría donde se menciona cómo se acepta el individuo y cómo percibe su imagen en relación a su enfermedad. Los entrevistados respondieron: "Que se sienten mal y sin ganas de hacer nada , estar enferma me cansa y desanima ", "con mi enfermedad, no puedo someterme a situaciones que impliquen angustia preocupación de algún problema porque esto también me sube el azúcar, no me enoja, necesito estar bien controlado para sentirme bien de salud".

La sexta categoría hace alusión a que el individuo tiene que aprender a vivir con las condiciones que derivan de la enfermedad y las medidas de diagnóstico y tratamiento. Los entrevistados refirieron que hacen sus quehaceres sin que nada se los impida, "realizo el automonitoreo de mi glucosa cada mes", "tomo té para el control de mi glucosa, debo mantener el control de mi glucosa para que no me afecte en mi salud, tomo el nopal licuado en ayunas para mantener el control de mi glucosa, me checo la presión arterial para detectar si no tengo problemas de presión, puedo trabajar en otros lugares y el estar enfermo no me impide hacerlo."

En función de la estructura del concepto acciones de autocuidado esas mismas categorías se interpretaron si estaban reflejando toma de decisiones o si fué una conducta que se observó. Referente a ésto los entrevistados respondieron:

En el Aspecto Estimativo o Tomar Decisiones: "El tratamiento médico prescrito no es tan bueno como la medicina naturista, los té son mejores que el tratamiento médico prescrito, la insulina hace daño y produce ceguera, la

diabetes afecta el organismo pues daña el riñón y la vista, los niveles de la glucosa alta me afectan el estado de salud, los medicamentos para la azúcar me irritan el estómago, los problemas, la angustia y el enojo alteran los niveles de glucosa en el organismo, si la azúcar siempre se mantiene alta me daña la circulación y por esto me pueden cortar una pierna, los nervios me alteran los niveles de azúcar en mi organismo. Las comidas dulces y con grasas hacen daño al organismo de las personas con diabetes, cuando la azúcar me sube me siento mal y sin ganas de hacer nada, los medicamentos para la azúcar la bajan más de lo normal. Con esta enfermedad no me gusta someterme a situaciones de mucha angustia o problemas o que me enoje porque me sube el azúcar. Necesito estar bien controlado para sentirme bien, sino no puedo realizar mis quehaceres."

En las acciones realizadas de operación las personas refirieron: "Realizo el automonitoreo de mi glucosa cada mes, tomo el té de la ninfa para el control de mi glucosa, acudo al médico naturista para tener control de mi glucosa, acudo al centro de salud con la nutrióloga para que me de mi plan de alimentación". "Voy a los centros botánicos para que me den tratamiento para mi azúcar, tomo los tés que otras personas me recomiendan y que ellos les ha funcionado para el control de su azúcar combino el tratamiento médico y el medicamento naturista para el control de mi glucosa". "Tomo el nopal licuado en ayunas para el control de mi glucosa, he dejado el tratamiento médico por el naturista ya que es mejor y me siento bien".

Relación Entre las Variables de Estudio

Las kilocalorías gastadas sólo tuvieron relación significativa con el estado de salud, e IMC. El estado de salud mostró relación significativa con IMC y el índice de acciones de autocuidado mostró significancia con la HbA1c (ver Tabla 6).

Tabla 6

Correlación Bivariada entre las Variables de Estudio.

Variables	1	2	3	4	5
1. Edad	1				
2. Kilocalorías gastadas	-.09 (.40)	1			
3. Estado de salud	-.08 (.44)	-.59 (.001)	1		
4. Índice de ACD	.10 (.36)	-.10 (.39)	.08 (.48)	1	
5. IMC	.01 (.90)	.59 (.001)	-.84 (.001)	-.09 (.41)	1
6. HbA1c	-.20 (.07)	-.15 (.17)	.23 (.04)	-.29 (.001)	-.20 (.06)

El valor de p se muestra entre paréntesis

n=79

Para corroborar si hubo normalidad en los datos se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a las variables estudiadas encontrándose normalidad en las variables por lo que se aplicó estadístico para pruebas paramétricas (ver Tabla 7).

Tabla 7

Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las Variables Estudiadas.

VARIABLES	Media	Mediana	DE	KSZ	Valor de p
Indice de EACD	55.46	56.41	18.94	.854	.45
Kilocalorías perdidas en 24 hrs.	3069.88	2952	697.72	.713	.68
Edad	50	51	7.37	.851	.46
IMC	30.29	29.22	5.72	.807	.53
Hemoglobina glucosilada	17.08	17.15	4.28	.763	.60

n= 79

Estadísticas Inferenciales para la Verificación de Hipótesis.

Hipótesis 1: Existe relación entre la edad y nivel de acciones de autocuidado que desarrolla el individuo con diabetes tipo 2. Para verificar esta hipótesis se utilizó una r de Pearson para correlacionar las variables edad y nivel de acciones de autocuidado sin mostrar significancia estadística ($p = .60$) por lo cual se rechaza la hipótesis.

Hipótesis 2: La edad y el sexo predicen el nivel de acciones de autocuidado de la diabetes tipo 2. Para verificar esta hipótesis se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple el cual se obtuvo una F calculada de 2.3, (2,76) $p = .11$, no alcanzó el nivel de significancia de $p = .05$, por lo que se rechaza la hipótesis 2.

La hipótesis 3: El nivel de acciones de autocuidado que realizan las mujeres, es superior al nivel de acciones de los hombres diagnosticados ambos con diabetes tipo 2. Para verificar esta hipótesis se aplicó una t de Student para

muestras independientes. El valor de t fue de -2.07 , gl. 77 , $p = .04$, por lo que se acepta la hipótesis 3 (ver Tabla 5).

Hipótesis 4: El estado de salud afecta positivamente el nivel de acciones de autocuidado. En la tabla 8 se pueden observar las medias del Índice de Autocuidado de acuerdo al estado de salud. Para la verificación de la hipótesis se utilizó un modelo de análisis de varianza donde se determinó el efecto de grupo sobre el estado de salud. No se encontraron diferencias significativas ($p = .62$), por lo que se rechaza la hipótesis (ver Tabla 9).

Tabla 8

Estadísticas Descriptivas del Índice de Autocuidado por Estado de Salud

Estado de Salud	n	Media	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
-3: Obesidad + HbA1c > 8	52	54.1	19.5	12.82	91.67
-2: Sobrepeso + HbA1c > 8	9	60.3	19.1	23	79.4
0: Peso normal + HbA1c > 8	18	56.9	17.6	17.9	89.7

$n = 79$

Tabla 9

Análisis de Varianza para la Comparación de Medias del Índice de Autocuidado por Estado de Salud

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Cuadrado Medio	Fcal	Valor de p
Entre los sujetos	347.6	2	173.8	.478	.622
Lineariedad	129.6	1	129.6	.356	.552
Desviación de la lineariedad	218.	1	218	.600	441
Dentro de los sujetos	27635	76	363		

n=79

Hipótesis 5: El patrón de vida, afecta directamente el estado de salud e indirectamente el nivel de acciones de autocuidado que realiza el adulto con diabetes tipo 2. Para concluir sobre la primera parte de la hipótesis, se utilizó un coeficiente de correlación de Spearman, con las variables patrón de vida (kilocalorías gastadas) y estado de salud. El resultado fué significativo, con una relación inversa ($r_s = -.59$, $p = .001$) (ver Tabla 6).

Para la segunda parte de la hipótesis se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple, introduciendo como variable independiente los indicadores de estado de salud: Hemoglobina glucosilada, índice de masa corporal, más las kilocalorías gastadas; y como variable dependiente las acciones de autocuidado. El modelo general fue significativo con una ($F = 4.66$ y $p < .01$) y coeficiente de determinación del 12%. La contribución de las variables sólo fue significativa para los niveles de hemoglobina glucosilada ($p = .001$) (ver Tabla 10). Se acepta la hipótesis que el patrón de vida afecta directamente el estado de salud e indirectamente las acciones de autocuidado.

Tabla 10

Efecto de HbA1c, IMC y Kilocalorías sobre Índice de Acciones de Autocuidado

	Coeficiente Beta	Error Estándar	t	Valor de p
Constante	103.23	14.99	6.84	.001
IMC	-.341	.452	-.753	.454
Kilokal/24 hrs.	-.0003	.004	-.828	.410
HbA1c	-1.649	.478	-3.446	.001

n=79

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio mostraron que el 100% de los participantes presentó mal estado de salud porque todos reportaron niveles de hemoglobina glucosilada muy superiores al 8%, además 77% de los participantes se ubicaron con sobrepeso y obesidad aún cuando las personas asisten a las reuniones de grupo para pacientes con diabetes en el centro de salud. Lo anterior quizá se deba al sedentarismo y a los malos hábitos alimenticios y por otra parte la necesidad de modificar las formas de educar a las personas con diabetes que se ofrecen en la institución de salud a fin que las personas cambien hábitos nocivos de salud referidos y logren un mejor resultado en el control metabólico de la diabetes tipo 2.

La primera hipótesis que plantea: Existe relación entre la edad y las acciones de autocuidado (plan de alimentación, ejercicio, medicamentos, visitas de control a la institución) que realiza el adulto con diabetes tipo 2, no hubo significancia. Lo anterior no concuerda con Orem (1993) quien afirma que la conducta de autocuidado se ve afectada por los niveles de madurez del individuo.

La hipótesis 2 no resultó significativa, la edad y el sexo no afectan las acciones de autocuidado resultado que no concuerda con el estudio realizado por Rodríguez & Guerrero (1998) en una población de 30 a 80 años, donde afirmaron que tanto las mujeres como los hombres existe un franco sedentarismo y obesidad aunado al alto consumo de calorías a expensas de carbohidratos.

La tercera hipótesis se sustentó al mostrar diferencias significativas entre las medias de autocuidado de las mujeres a la de los hombres. Se concluyó que las mujeres realizan más acciones de autocuidado con respecto a los hombres. Sin embargo, este resultado no concuerda con lo reportado por (Anónimo, 2000) donde señalaron que en cuanto a las prácticas alimentarias en población adulta de ambos sexos de 40 a 55 años, se satisface la necesidad inmediata de comer, hasta llenarse, no se asocia la calidad y cantidad de alimentos con la prevención /autocuidado de la salud.

El análisis de varianza para sustentar la cuarta hipótesis indica que no existen diferencias de medias en las acciones de autocuidado que realiza el adulto con diabetes tipo 2 con tres categorías en el estado de salud. Resultado que concuerda con Bañuelos (1999) quien reportó que las acciones de autocuidado por sí solas no explican el control glucémico determinado por las cifras de HbA1c. Lo anterior no corresponde a lo proposición de Orem al señalar que la enfermedad lesión o disfunción física o mental pueden limitar lo que una persona pueda hacer por sí misma, puesto que tales estados puede limitar su capacidad para razonar, tomar decisiones y ocuparse en una actividad para alcanzar los objetivos de autocuidado. Referente a esto se puede decir que aunque las personas afirmaron que realizan el autocuidado de manera adecuada, los resultados de los parámetros obtenidos para evaluar el control metabólico de la diabetes (IMC, hemoglobina glucosilada) mostraron lo contrario.

La quinta hipótesis señala que el patrón de vida se relaciona directamente con el estado de salud e indirectamente el nivel de acciones de autocuidado. La asociación entre kilocalorías gastadas y el estado de salud mostró relación significativa inversa, mientras que con el índice de acciones de autocuidado no mostró significancia.

En relación a la pregunta efectuada a los individuos sobre sus conductas de autocuidado; diferente al tratamiento médico prescrito, de acuerdo a la estructura del concepto de autocuidado y a las categorías de desviación de la salud destaca lo siguiente:

En la primera categoría: Buscar y asegurar la ayuda médica por las condiciones de su enfermedad. En la estructura de operación y de producción se encontró que las personas buscan alternativas que les permitan mantener el control de su enfermedad.

La segunda categoría donde las personas saben sobre los efectos de los resultados patológicos incluyendo a los efectos en el desarrollo. En lo referente a la estructura estimativa las personas conocen los efectos de su enfermedad y los posibles daños que ocasionan en el organismo.

La cuarta categoría señala :Prestar atención a los efectos indeseables del tratamiento médico prescrito incluyendo los efectos sobre el desarrollo. Las personas mencionaron que "los medicamentos naturistas son mejores que el tratamiento médico alópata y que éste ocasiona mas daño al organismo".

En la quinta categoría al referirse si el individuo se acepta con las condiciones particulares de su enfermedad, las personas cuidan y modifican ciertas actitudes y situaciones para sentirse mas controlados.

La sexta categoría menciona que el individuo tiene que aprender a vivir con las condiciones que derivan de la enfermedad y las medidas de diagnóstico y tratamiento: Los individuos reconocieron que necesitan realizar ciertas acciones que les permitan mantener el control de su enfermedad y aprender a controlar los efectos de ésta en su organismo. Se puede afirmar que el autocuidado diario está interrelacionado con otras acciones que las personas buscan como alternativas en el control de su enfermedad.

Conclusiones

Desde el punto de vista teórico se concluyó que los factores condicionantes básicos: Edad, estado de salud, patrón de vida no influyeron en las acciones de autocuidado de los individuos en áreas no metropolitanas.

Referente a las condiciones clínicas en que se encontró a los individuos se puede concluir que existen factores de riesgo que ponen en peligro el estado de salud de las personas afectadas con diabetes tipo 2, porque la mayoría de ellos estuvieron en sobrepeso, obesidad y niveles altos de glucemia. Por otra parte, en el índice de acciones de autocuidado las mujeres obtuvieron puntajes más altos en comparación a los hombres.

Las entrevistas se hicieron a una porción de la población para indagar qué otras acciones realizan los adultos con diabetes tipo 2 para su control. Los requisitos de autocuidado por desviación de la salud, congruente con la teoría de Orem (1993), se agruparon en seis categorías de las cuales sólo cinco de ellas correspondieron lo que los individuos contestaron. De acuerdo a la estructura del concepto teórico de autocuidado, se concluyó que los individuos realizan sólo acciones de autocuidado derivadas de la condición de su enfermedad. Las acciones que llevan a cabo tienen que ver con prácticas que derivan de la cultura y de la búsqueda de alternativas que efectúan las mismas personas .

Recomendaciones

Se recomienda adaptar los instrumentos de acuerdo a las características de la población de estudio ya que hubo dificultades para que los participantes respondieran en función de porcentajes.

Realizar un estudio en población de estrato socioeconómico alto que permita verificar si tiene el mismo comportamiento ó el estilo de vida difiere en

población no residente en área no metropolitana.

Investigar más a fondo qué otras acciones de autocuidado realizan los individuos para el control de su enfermedad mas allá del tratamiento médico prescrito y así poder establecer comparaciones sobre lo que ellos hacen y les resultan efectivas.

Referencias

Autor anónimo (2000). Asociación Mexicana de Diabetes. La diabetes. Investigación cualitativa de audiencias para una campaña de comunicación en México, Diabetes Hoy para el Médico (21), 264-273.

Aisworth,W.L, Haskell, A.S. León, D.R. Jacobs Jr, H.J. Montoye, J.F.Sallis & R. S. Paffenbarger,Jr. (1993) Compendio de actividades físicas: Clasificación de gastos de energía humana en actividades físicas. Medicine and Science in Sports and Exercise. Oficial Journal of American College of sports Medicine vol 25 pp 71-80.

Alonso, C. M., Carmona, M., García S.I. & Vega, C. L., (1999). Relación de factores personales con estilos de vida en pacientes diabéticos tipo 2 Revista de Enfermería Siglo XXI Ciencia y Arte. Facultad de enfermería UANL.

Arganis, J. (1998). Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento. Revista Médica del IMSS, 5, 383-387.

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.

Díaz, N.L., Galán, C.S & Fernández, P.G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2, Salud Pública de México 35 (2)

Elashoff, J (1996). nquery[®] Advisor 2.0 copyright. [study Planning Software-Sample Size and power determination]. Boston, M.A. Statistical Solutions.

García, P.M. C., Reyes M. H., Garduño, E.J., Fajardo, G. A & Martínez G.C. (1995). La calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. Revista Médica del IMSS, 33, 293-298.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (1999). Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Estimación por Entidad Federativa y Municipal.

Miller, J.F. (1982). Categorías de autocuidado del paciente ambulatorio con diabetes. Journal of Advances in Nursing 7, 25-31.

Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SS4-1998) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Subsecretaría de prevención y control de enfermedades. Coordinación de vigilancia epidemiológica.

Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SSA1-1998), Para el manejo integral de la obesidad <http://www.ssa.gob.mx/nom174ssa> 18.html

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona España. Ed. Científicas y Técnicas, S.A.

Piñones, M. M.(1992). Persistencia de la medicina tradicional en familias de una comunidad urbano marginada Nuevo León. Tesis inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería .Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L.

Polit, D & Hungler, B. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial McGraw Hill – Interamericana, 6^{ta} Ed. México. 157-163.

Rodríguez, M.M. & Guerrero, R.F. (1998). Estudio comparativo de pacientes con diabetes tipo 2. Habitantes de comunidades urbanas y rurales Revista Médica del IMSS, 36, (3), 191-197.

Salazar, R.R., Gallegos, E.C & Gómez, M. M. (1998). Autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2 .Diabetes Hoy para el Médico 13, 24-27.

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 1999 Inc. Base 9.0 para Windows.

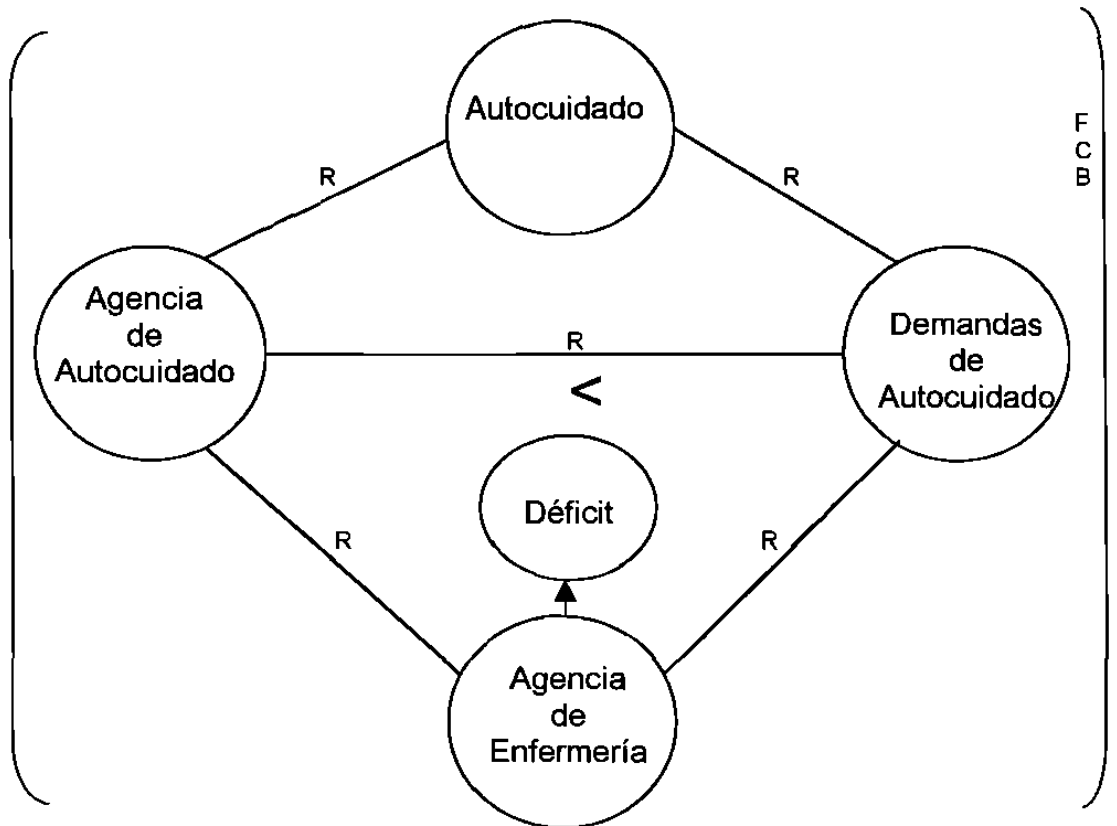
Secretaría de Salud (1996). Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas.

Secretaría de Salud (1987) Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud. México: Presidencia de la República.

Toobert, D. J. & Glasgow, R.E. (1993). Assessing diabetes self management: The summary of diabetes Self-care activities questionnaire. Inc. Bradley (Ed),Handbook of psychology and diabetes.p.351-375. Amsterdam B.V. Harwood Academic Publishers GmbH.

APENDICES

Apéndice A



Marco Conceptual para la Enfermería (Orem;1993)

Apéndice B

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

División de Posgrado e Investigación

Cédula de Datos Demográficos

I Datos de identificación:

1. Sexo: Masculino () Femenino ()
2. Qué edad tiene (en años cumplidos)._____
3. Estado marital:
Con pareja () sin pareja ()
4. ¿Hasta qué grado terminó la escuela ?

II Datos clínicos del paciente:

5. Peso :_____
6. Talla :_____
7. Resultados de hemoglobina glucosilada :_____

Apéndice C

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

División de Posgrado e Investigación

Cuestionario de Acciones de Cuidado en Diabetes (CACD)

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. Léale cuidadosamente cada pregunta y cruce la respuesta que le sea indicada. Explíquele 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 recomendado los últimos 7 días?

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

2.- ¿Qué porcentaje del tiempo tuvo éxito al limitar las calorías de acuerdo a lo recomendado para controlar su diabetes?

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

3.- Durante la última semana ¿en que porcentaje de sus alimentos incluyo fibra, tales como frutas frescas, verduras, pan integral, chicharos, cereales y salvado?

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

4.- Durante la ultima semana ¿qué porcentaje de sus comida incluyó grasas, tales como mantequilla, helados, aceites, mayonesa, nueces y semillas, aguacate, comida guisada, aderezos de ensaladas, tocino, otros carnes con grasa.

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

5.- Durante la semana pasada ¿qué porcentaje de sus comida incluyó azúcares y postres tales como pays, pasteles, gelatinas, refrescos y galletas (regulares no de dieta)?

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

6.- ¿De la semana pasada cuantos días realizó ejercicio de por lo menos 20 minutos?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

7.- ¿Qué porcentaje del tiempo recomendado por su medico para hacer ejercicio realmente lo hizo? (por ejemplo si su medico recomendó 30 minutos de actividad)

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

8.- ¿Durante la ultima semana cuantos días participo en una sesión de ejercicio diferente al que hace en su casa u oficina?

0 1 2 3 4 5 6 7 días

9.- ¿Durante la semana pasada (que no estuvo enfermo) con que frecuencia se realizo su "destrostix" (prueba de glucosa)?

1. Todos los días
2. La mayoría de los días
3. Algunos días
4. Ninguno

10.- en los últimos siete días (que no estuvo enfermo) ¿en que porcentaje se realizo los destrostix según la recomendación de su medico

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

11. ¿Cuántas de sus inyecciones de insulina recomendadas se aplicó en los últimos siete días?

1. todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. No tengo indicada insulina

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

1. Todas
2. La mayoría
3. Algunas
4. Ninguna
5. No tengo indicada pastilla

Apéndice E

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

División de Posgrado e Investigación

Entrevista Num. de identificación _____

1.- ¿Qué hace usted para cuidarse su diabetes?

Apéndice F

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

División de Posgrado e Investigación

Matriz para Categorizar las Entrevistas

No. de Registro. _____

Objetivo	Requisitos de Autocuidado		
Estructura del Concepto	Universales	De Desarrollo	Derivados de la Condición de la Diabetes
Estimativo (tomar decisión)			
Operaciones Producción			

Apéndice G

Consentimiento Informado

Acciones de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 en área no metropolitana

Investigador Lic. Esther Alice Jiménez Zúñiga.

Introducción /Propósito:

La Lic. Esther Alice Jiménez Zúñiga me ha preguntado sobre si deseo tomar parte en un estudio donde se me preguntará sobre acciones que realizó sobre dieta ejercicio y medicamentos, además el estudio pretende investigar qué otras acciones realizo aparte del tratamiento médico prescrito, para el control de mi enfermedad, para lo cual esta pregunta se grabara lo que yo informe.

Sé que el estudio que está realizando la Lic. Esther Alice Jiménez Zúñiga es para cumplir con un trabajo de investigación de la Maestría en Ciencias de la Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Procedimiento

Estaré contestando varias preguntas de un cuestionario las acciones que realizo para el control de mi enfermedad durante la semana a) sobre la dieta b) sobre el ejercicio c) medicamentos.

También se me tomará el peso y la talla y tomará una muestra de sangre para el examen de hemoglobina glucosilada.

Riesgos

Sé que puedo sentir ciertas molestias a la toma de la muestra de sangre, también se que puedo sentirme nervioso por el procedimiento. De ser necesario la Lic. Esther Alice me observará para que acuda al servicio médico.

Sé que no tendré ningún problema pero en caso de que así fuera la

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León no me dará ninguna compensación, pago o cuidado médico.

Beneficios.

Entiendo que con esta prueba de hemoglobina glucosilada podré saber sobre los valores de mi glucosa en sangre durante las últimas 12 semanas lo que me permitirá evaluar las acciones que realizo son las adecuadas.

Tratamiento.

Este estudio no ofrece ningún tipo de tratamiento para condiciones de mi padecimiento que yo tuviera antes.

Compensación

Entiendo que no recibiré ninguna compensación por participar en el estudio

Participación voluntaria /abandono

El formar parte del estudio es mi libre decisión y que estoy en libertad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento que así lo desee sin que me perjudique en ninguna forma.

Confidencialidad

Sé que todas las cuestionarios serán guardados y que los nombres no aparecerán en y toda información de las preguntas será guardada en secreto

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

He leído o se me ha leído toda la información contenida en este documento sobre este estudio de investigación, incluyendo los posibles riesgos, así como la probabilidad de algún beneficio para mí y estoy de acuerdo en participar en el presente estudio de investigación

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma del investigador

Apéndice H

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

División de Posgrado e Investigación

Procedimiento para Medir el Peso

- Calibrar la báscula en cero antes de pesar al paciente
- Pedir al sujeto que se retire los zapatos y el exceso de ropa que traiga
- Colocar al paciente en posición firme (columna extendida), los pies juntos y los brazos colgando a ambos lados del cuerpo mirando al frente
- Leer el peso y registrarlo, separando con un punto los kilogramos de las fracciones, por ejemplo 53.500.

Procedimientos para Determinar la Talla

- El paciente debe de colocarse de pie en posición firme con los pies juntos y sin doblar las rodillas y sin calzado.
- Observar que la persona que se va a medir no traiga diademas, sombrero, moños u otros objetos en la cabeza.
- Solicitar a la persona que se apoye de espaldas contra el estadímetro de la bascula. El sujeto debe de estar firme sin estirar la columna vertebral, ni subir los hombros o levantar los talones
- La cabeza debe de estar con la vista dirigida hacia el frente y permanecer en esa posición mientras dure la lectura.

- Se debe subir la regla del estadímetro hasta donde llegue la estatura del paciente y debe poner la regla cuidando de no dejar separado y proceder a la toma de la talla
- El paciente debe mantenerse en esa posición recta mientras se registra la medida que es una acercamiento a la décima más próxima.

Procedimiento para la Punción Venosa

- Sentar al paciente y explicar el procedimiento
- Revisar las venas para elegir el sitio de punción
- Colocar a 10 cm el torniquete del vaso seleccionado que se va a puncionar.
- Limpiar la zona con una torunda con alcohol con movimientos circulares del centro hacia fuera y secar la zona
- Sujetar el brazo y hac

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Esther Alice Jiménez Zúñiga

Candidato para el grado
Maestro en Ciencias de Enfermería

Tesis: ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES
TIPO 2 EN AREA NO METROPOLITANA

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en Matías Romero Oaxaca el 4 de noviembre de 1964 hija de Israel Jiménez Carrasco(+) y Amparo Zúñiga.

Educación 1979 a 1982 Curso de Enfermera básica en Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. UABJO

1995- 1996 Curso Nivelación de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Veracruzana. Minatitlán, Veracruz.

1999 Diplomado en educación Superior en la Universidad Veracruzana. Minatitlán, Veracruz.

Experiencia Profesional. 1983 - 1987 Enfermera General en servicio de Hospitalización del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS).

1987 - 2001 Enfermera general en el Hospital Regional PEMEX de Minatitlán, Veracruz. Servicios de hospitalización y actualmente en el área de Hemodiálisis.

1997 - 2001 Docente interina de la Universidad Veracruzana en la Facultad de Enfermería. Campus Minatitlán, región Coatzacoalcos-Minatitlán-Acayucan.

E-mail: estheralice.jimenez@correoweb.com



