

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCION  
DEL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS  
CON Y SIN OBESIDAD**

**Por**

**ERICK ALBERTO LANDEROS OLVERA**

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

**AGOSTO, 2003**

TM  
RA564  
.7  
.L3  
2003  
c.1

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCION DEL ESTADO DE  
SALUD EN ADULTOS CON Y SIN OBESIDAD

E. A. L. O.

AG



1080124318

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



CAPACIDADES DE AUTOQUIDAD Y PERCEPCION  
DEL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS  
CON Y SIN OBESIDAD

Por

ERICK ALBERTO LANDEROS OLVERA

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

AGOSTO, 2003



TM

A564

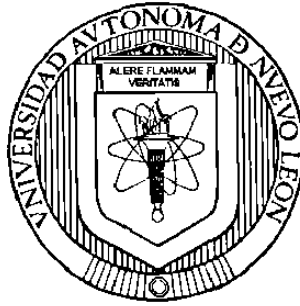
.7

L3

2003



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



CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO  
DE SALUD EN ADULTOS CON Y SIN OBESIDAD

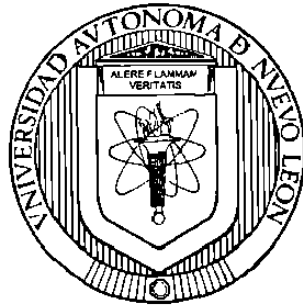
Por

ERICK ALBERTO LANDEROS OLVERA

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

AGOSTO, 2003

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



CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO  
DE SALUD EN ADULTOS CON Y SIN OBESIDAD

Por

ERICK ALBERTO LANDEROS OLVERA

Director de Tesis

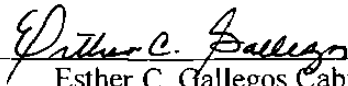
ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, PhD

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

AGOSTO, 2003

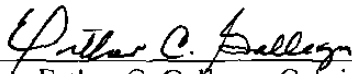
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO  
DE SALUD EN ADULTOS CON Y SIN OBESIDAD

Aprobación de Tesis



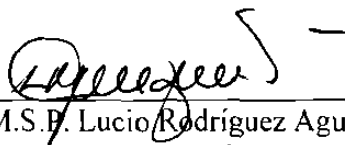
---

Esther C. Gallegos Cabriales, PhD  
Director de Tesis



---

Esther C. Gallegos Cabriales, PhD  
Presidente



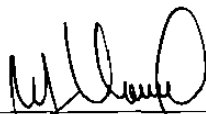
---

M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar  
Secretario



---

M.S.P. Dora Lina Silva Luna  
Vocal



---

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



## **DEDICATORIA**

A todos mis compañeros de enfermería, deseando que nos sigamos preparando para consolidar a nuestra profesión como una disciplina científica de servicio a favor de la salud de las personas, a las que ofrecemos nuestros cuidados.

## AGRADECIMIENTOS

A tantas personas que siempre me demostraron su apoyo y cariño, muchas gracias, sin ustedes no hubiera sido posible esta meta.

A mis compañeros y amigos que me apoyaron desde un principio Tere Salazar, Tere Alzaga, Susana Salas, Laura Morán, Rosa Ostiguín, María Luisa Ward, Ramón Angulo, Virginia Cervantes, José Manuel García, Naxielli, Eliseo, Arturo, Morelos, Porcayo, Fernando, Paco, Constantino y Arturo.

A mis compañeros de trabajo de la Unidad de Posgrado de la ENEO, a mis alumnas de la especialidad de cardiología de las que he aprendido tanto.

A todos mis compañeros de la Maestría, gracias por compartir tantas experiencias.

Un agradecimiento especial para Arcelia y a toda la familia Liñan, gracias por apoyarme en Monterrey, gracias por dejarme conocer una familia tan linda como ustedes.

Mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la Doctora Esther Gallegos Cabriales y a todos mis maestros de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL por todas sus enseñanzas.

Muchas gracias por su apoyo, a todas las personas de la Facultad de Enfermería de la UANL.

## RESUMEN

Erick Alberto Landeros Olvera  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2003

Título del estudio: CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS CON Y SIN OBESIDAD

Número de Páginas: 37

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

Área de Estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y método de estudio:** El presente estudio tuvo como propósito determinar las capacidades de autocuidado (CAC) y la percepción del estado de salud (PES) en un grupo de adultos con y sin obesidad, considerada esta como factor de riesgo para enfermedades crónicas (EC). El marco de referencia se basó en los conceptos de Orem de la teoría del déficit de autocuidado. El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal, la muestra de 128 personas fue extraída aleatoriamente en la Ciudad de México.

**Contribución y conclusiones:** La muestra se constituyó por 67.2% de mujeres. El promedio de edad y escolaridad fue de 36 años (DE=11.06) y 9.1 años (DE=4.9) respectivamente. El 34 y el 48% de los participantes manifestaron tener al menos un familiar con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus; el 33% se clasificó con obesidad. En la muestra total se verificó una asociación entre la PES y el puntaje obtenido de CAC,  $F(1,126) = 13.2$  y  $p = .000$ ,  $R^2$  ajustada = .088. Sin embargo, cuando se comparan las CAC y la PES por grupos de personas con obesidad contra las personas sin obesidad, no hubo diferencias significativas  $t(126) = -.92$ ,  $p = .35$  y  $t(126) = -.57$ ,  $p = .56$  respectivamente.

En resumen, los resultados confirmaron la asociación entre las CAC y la PES en la muestra total, pero sin diferencias significativas por el estado de obesidad, lo que sugiere que las personas que lo sufren no la reconocen como un factor de riesgo para EC o como una enfermedad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	2
Definición de Términos	5
Estudios Relacionados	5
Hipótesis	7
Capítulo II	
Metodología	8
Diseño del Estudio	8
Población, Muestreo y Muestra	8
Instrumentos	8
Procedimiento de Recolección de Datos	10
Consideraciones Éticas	11
Capítulo III	
Resultados	13
Características de la Población	13
Estadísticos Descriptivos de las Variables de Estudio	13
Estadísticos para la Verificación de Hipótesis	15
Análisis Adicional	15
Capítulo IV	
Discusión	17
Conclusiones	19
Recomendaciones	19
Referencias	20

Tabla de Contenido	Página
Contenido	23
Apéndices	24
A. Cédula de Datos Demográficos y Clínicos del Adulto	
B. Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)	26 31
C. Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (PES)	35
D. Consentimiento Informado	36
E. Procedimiento para Mediciones Antropométricas	

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Clasificación del Índice de Masa Corporal	11
2. Antecedentes Familiares y Personales de Enfermedad Crónica	13
3. Datos Descriptivos de Variables de Estudio	14
4. Frecuencia y Porcentaje de Adultos con y sin Obesidad	14

## Capítulo I

### Introducción

Las enfermedades crónico degenerativas constituyen la principal causa de muerte general en poblaciones de 45 años de edad en adelante (Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud [CCOAPS] 1999; Secretaría de Salud [SS], 2002); dentro de ellas se reportan las enfermedades isquémicas, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 1999).

En las últimas décadas se ha observado un incremento en la prevalencia de obesidad en toda la población mexicana tal como lo señala la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas la obesidad propicia por sí sola un problema grave de salud pública, ya que afecta a un 22% de los adultos en el país y es considerada un factor de riesgo para desarrollar enfermedad crónica (SS, 1996).

Las personas tienen dificultades para modificar las conductas que son nocivas para su salud, como es el caso de las conductas que favorecen la obesidad (Zamora, 2000). Aunque en la actualidad, hay bastante información disponible sobre formas de prevenir las enfermedades crónicas (EC), el sólo conocimiento parece no ser suficiente para modificar estilos de vida perjudiciales a la salud de los individuos. Es aquí cuando cobra significancia el concepto de capacidades de autocuidado de Orem. Esta autora sostiene que las personas requieren de desarrollar habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud. Estas capacidades se adquieren en forma intencional y tienen un profundo significado cultural (Orem, 2001). Así, si las personas no se consideran enfermas o en riesgo de enfermarse, continúan practicando conductas que tarde o temprano, provocarán una enfermedad. Es posible que esta sea la razón por la que se observa a personas con obesidad que no se perciben enfermas y por lo tanto no toman medidas para disminuir su peso corporal.

Se reconoce que los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física

desarrollado, son los dos factores que pueden explicar la obesidad. Esta se asocia con la aparición temprana de los padecimientos ateroscleróticos que a su vez se relacionan estrechamente con infarto, hipertensión arterial, disnea de esfuerzo, diabetes mellitus y obesidad (Chávez, 2002; SS, 1995). En consecuencia, es de gran importancia que las personas reconozcan la obesidad como una enfermedad y a su vez como un factor de riesgo para padecimientos crónico degenerativos.

El presente estudio tuvo como propósito determinar las capacidades de autocuidado (CAC) y la percepción del estado de salud (PES) en un grupo de adultos con y sin obesidad. El puntaje de CAC se determinó en adultos aparentemente sanos, sobre la base de un concepto elaborado en la teoría del déficit de autocuidado (Orem, 2001).

### Marco de Referencia

Para orientar el sentido a este trabajo de investigación, se aplicaron los conceptos de capacidad de autocuidado, percepción del estado de salud y obesidad como factor de riesgo. El razonamiento teórico fue el siguiente: La alta prevalencia de obesidad en la población adulta, a pesar de la continua información sobre su asociación con las EC, hace pensar que las personas requieren algo más que conocimiento para modificar las conductas nocivas a la salud, requieren desarrollar capacidades especializadas que involucren aspectos cognoscitivos, afectivos y actitudinales. En el proceso del cuidado a la salud, la percepción que las personas tengan sobre su propio estado de salud, juega un papel muy importante, pues es sabido que cuando las personas se perciben sanas o no enfermas, llevan a cabo conductas que no favorecen la salud y el bienestar (Zamora, 2000). Por otro lado, la percepción de su salud, también tendrá repercusiones en cómo se comporten, ya que generalmente las personas hablan de salud como la ausencia de enfermedad. Orem afirma además, que en los adultos, el estado de salud es uno de los



factores condicionantes básicos (FCB) que más impacta el desarrollo y la operación de CAC.

Esta investigación se abordó considerando el supuesto de que las CAC difieren de una persona a otra dependiendo de si padece o no obesidad y de cómo percibe su estado de salud en ambas circunstancias. En seguida se sumarizan los conceptos de obesidad como factor de riesgo para enfermedad crónica, capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud.

Obesidad se define como enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo y se acompaña de alteraciones metabólicas asociadas a patología endocrina y cardiovascular (Lerman, 1994).

En consecuencia, la obesidad es considerada actualmente como un factor de riesgo, según los expertos las personas que tienen sobrepeso o presentan obesidad y no presentan ninguna patología, tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas metabólicos y cardiovasculares en etapas futuras de su vida. La obesidad además está asociada fuertemente a las primeras causas de mortalidad general entre las que destacan la diabetes mellitus e hipertensión arterial (Assman, 1998; Chávez, 2002; SS, 1996, 1999).

El concepto capacidades de autocuidado se desarrolla en la teoría del déficit de autocuidado y se define como la habilidad para ocuparse del autocuidado; las CAC se desarrolla en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje. Según la teoría, el concepto cuenta con tres elementos estructurales: las capacidades fundamentales, los componentes de poder y las capacidades especializadas para operar el autocuidado. Para este estudio se aplicaron solamente los componentes de poder, considerados como aquellas habilidades que impulsan la acción de autocuidado:

1. Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos.

2. Habilidad para controlar el uso de energía.
3. Habilidad para controlar la posición corporal.
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de autocuidado.
5. Motivación al autocuidado.
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo.
7. Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre autocuidado.
8. Repertorio de habilidades diversas para llevar a cabo operaciones de autocuidado.
9. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado.
10. Habilidad para integrar el autocuidado en la vida individual, familiar y comunitaria.

Es importante mencionar que las capacidades de autocuidado pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir, que por alguna razón la persona tiene las habilidades para cuidar de su salud pero no hace uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la forma en que las personas perciben su estado de salud, lo que a su vez afecta lo que hacen para cuidarse, influyendo así las CAC. Cuando las personas se perciben sanas, aparentemente no se preocupan por su salud hasta que reconocen o perciben que su salud puede estar en peligro (Orem, 2001).

La percepción del estado de salud tiene diferentes significados para las personas, uno de los más frecuentemente expuestos es que la salud es la ausencia de enfermedad, lo que da una idea de una condición o estado óptimo. También se considera a la salud como el máximo potencial humano para realizar su rol social, así mismo se acepta que salud tiene que ver con la capacidad de adaptación del organismo para responder a diversos cambios y alcanzar un equilibrio total entre las esferas biológica, psicológica y sociocultural (Simmons, 1989). Por su parte Orem conceptualiza a la salud como el estado de totalidad e integridad estructural con óptimo funcionamiento de cuerpo y mente.

### Definición de Términos

Capacidades de autocuidado se define como la percepción de los participantes sobre sus habilidades para cuidar de su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder, elemento de la estructura conceptual de las CAC de Orem. Las CAC se midieron por medio de la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) (Evers, Isenberg, Philipsen, Senten & Browns, 1989).

Percepción de estado de salud se define como el estado de salud que representa la salud funcional, el desempeño de roles sociales, el bienestar de salud mental, la ausencia del dolor y autovaloración general de salud. Todos estos aspectos fueron medidos con el Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (PES) (Stewart, Hayes & Ware, 1988).

Obesidad, definida de acuerdo a los criterios de la norma mexicana según índice de masa corporal.

### Estudios Relacionados

Los reportes de investigación que se que se consideraron para éste estudio involucraron los conceptos de CAC, PES y obesidad como factor de riesgo.

Lukkarién y Hentinen (1999), realizaron un estudio de factores relacionados con las CAC en 250 pacientes adultos con enfermedad coronaria, los resultados mostraron que la edad tuvo efecto sobre las CAC ( $p < 0.01$ ) donde los pacientes más viejos, tenían mejor CAC que los más jóvenes. Los autores hallaron que el 68% de los participantes presentaron obesidad, los cuales también mostraron menor CAC. A este respecto Da Silva (1997) y Zamora (2000) obtuvieron una relación positiva y significativa entre las CAC y la edad y el sexo en grupos de adultos con EC, ( $F(5,165) = 8.15, p < .000$ ). Da Silva, concluyó que la percepción del estado de salud se relacionó con las CAC ( $r_s = .38, p = .000$ ).

Bañuelos y Gallegos (2001) realizaron una investigación con el propósito de identificar las CAC en adultos con diabetes mellitus. Los resultados reportaron que las

capacidades del adulto mayor para comprometerse con su autocuidado, están influidas por la edad, escolaridad y nivel cognitivo. ( $F(10,79) = 5.35, p < .001$ ).

Gallegos (1998), confirmó que el nivel percibido de CAC fue significativamente mayor en las personas con diabetes y tratamiento ambulatorio que en los hospitalizados  $t(190) = 3.78, p < .001$ .

Gallegos, Cárdenas y Salas (1998) en un estudio cualitativo concluyeron que para llevar a cabo el autocuidado, se necesita reconocer el estado de salud y llevar a cabo capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional, motivacional y de orientación.

En otro tipo de estudio González y Stern (1993), realizaron trabajos con 4,411 adultos de la ciudad de México para evaluar la prevalencia de la obesidad, encontrando en hombres un 37% de obesidad y 60% en mujeres. Fanghanel, Sánchez, Gómez, Torres y Berber (2001), realizaron una investigación en 3,081 adultos de la ciudad de México para encontrar relación con los factores de riesgo de enfermedad coronaria, encontrando hipertensión con un 47% y diabetes con un 16.6%.

Ludvick, Nolan, Baloga, Sacks y Olefsky (1995) y Carey, Jenkins, Campell, Freund, Chisholm (1996) demostraron que la obesidad aumenta la resistencia a la insulina, fenómeno que precede a la aparición de diabetes. Ludvick et al; encontraron que efectivamente el aumento excesivo del índice de masa corporal se relaciona con la aparición de diabetes mellitus no insulino dependiente ( $r = -0.61$ ); Carey et al, reportaron resultados similares al señalar que en las mujeres el aumento del índice de masa corporal, se relaciona con la aparición temprana de diabetes ( $r = -0.89, p < 0.001$ ).

De las investigaciones revisadas se han llevado a cabo minoritariamente con grupos que padecen de enfermedad crónica. En ambos casos, el estado de salud o la franca enfermedad se ha asociado con las CAC en forma directa e inversa. En general las CAC se incrementan cuando las personas se saben enfermas. Se ha verificado además, que la edad y los años de educación influyen positivamente el nivel de CAC, y

que las mujeres muestran un nivel más alto de éstas, que los hombres. No es muy claro que la obesidad, sea considerada como una enfermedad por los participantes en algunas investigaciones; sin embargo, sí se ha demostrado que quienes padecen obesidad, tienen mayores posibilidades de desarrollar dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensión arterial a lo largo de su vida.

### Hipótesis

De la asociación de la PES como FCB y las CAC sugeridas teóricamente, se plantearon las siguientes hipótesis:

H1. La percepción del estado de salud predice el nivel de capacidades de autocuidado en población adulta.

H2. Las capacidades de autocuidado en adultos con obesidad difieren de las capacidades de autocuidado en adultos sin obesidad.

H3. La percepción del estado de salud en adultos con obesidad difiere de la percepción del estado de salud en adultos sin obesidad.

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los instrumentos, el procedimiento para la recolección de datos y consideraciones éticas.

#### Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal (Polit & Hungler, 1999). Este diseño fue apropiado para describir las características de la población en estudio, y determinar la diferencia y asociación entre las variables de este estudio.

#### Población, Muestreo y Muestra

La población de interés la constituyeron personas adultas mayores de 18 años, de ambos sexos, aparentemente sanos. Los participantes se seleccionaron de un AGEB perteneciente a una delegación al sur de la ciudad de México, Distrito Federal.

El muestreo fue aleatorio, polietápico, procediendo de un marco muestral constituido por las manzanas que componen el AGEB; de ellas se seleccionaron hogares, y de los hogares personas de 18 años y mayores. El tamaño de muestra (calculado para una diferencia de medias) fue de 122 participantes para una potencia de prueba de .95; tamaño de efecto .30, y nivel de significancia  $\leq .05$  (Elashoff, 1995).

#### Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) (Evers, Isenberg, Philipsen, Senten & Browns, 1989) y el Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (PES), (Stewart, Hayes & Ware, 1988).

Se utilizó una cédula de identificación, para registrar la edad, sexo, escolaridad; así como el peso, la talla para calcular el índice de masa corporal (IMC), antecedentes familiares y personales (Apéndice A). A continuación se describen los instrumentos:

La EECAC consta de 24 reactivos; este instrumento valora las capacidades de autocuidado representando todos los componentes de poder y ha sido utilizado en población mexicana por Da Silva (1997) y Gallegos (1995), quienes reportaron un Alpha de Cronbach de .79 y .81 respectivamente. El patrón de respuesta de este cuestionario incluye cuatro opciones: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4.

Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 y 112, donde a mayor puntaje mayor CAC (Apéndice B). Estos valores se transformaron a una escala de 0 y 100 puntos con el fin de poder establecer comparaciones.

El cuestionario de PES en su forma corta, consta de 20 reactivos. La versión en inglés fue traducido al español para su aplicación en población mexicana por Gallegos (1997). Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana por Cadena (1999), Campa (1997), Gallegos (1997) y Zamora (2000) con alpha de Cronbach de .75 a .87 (Apéndice C).

El patrón de respuesta de este cuestionario varía por subescala.

I. Subescala del estado funcional. Incluye la medición de la percepción de la salud física, social y de rol. Las preguntas del 1 al 6 se responden con las opciones, todo el tiempo (1), la mayor parte del tiempo (2), buena parte del tiempo (3), algo de tiempo (4), poco tiempo (5), y nada del tiempo (6).

II. Subescala de bienestar. Incluye la medición de la percepción de salud mental y dolor. Esta sección comprende los reactivos 7 al 14, donde del 7 al 12 tienen un patrón de respuesta de tres alternativas: limitada por más de tres meses (1), limitada por tres meses

o menos (2), y sin limitaciones (3); y los reactivos 13 y 14, cuyas opciones de respuesta son (a) si, por más de tres meses; (b) si, por tres meses o menos; y (c) no.

III. Subescala de evaluación de la salud. Mide la percepción general de salud. Los reactivos del 15 al 18 se contestan con respuestas de cinco opciones: Definitivamente verdadero (1), la mayoría de las veces es verdadero (2), no estoy seguro (3), la mayoría de las veces es falso (4), y definitivamente es falso (5). Las preguntas 19 y 20 con 5 opciones que son: ninguno (1), muy leve (2), leve (3), moderado (4) y severo (5).

Para computar el puntaje de este cuestionario, es necesario recodificar los reactivos 3, 5, 16, 17, 19 y 20, para mantener el sentido de la puntuación. Los puntajes crudos se transforman a una escala de 0-100, para facilitar la interpretación y las comparaciones, entre mayor sean los puntajes, mayor será la percepción del estado de salud.

#### Procedimiento de Recolección de Datos

La recolección de datos inició con la solicitud del consentimiento informado por escrito y el llenado de la cédula de identificación. Para la medición correcta del peso y talla se utilizó una báscula clínica con estadímetro calibrada basándose en el procedimiento señalado por la Norma Oficial Mexicana NOM 174 – SSA1-1998 (SS, 2001). (Apéndice E). El IMC se determinó con la fórmula de Quetelet, que es la relación del peso corporal en kilogramos dividido por la estatura en metros elevada al cuadrado ( $\text{peso}/\text{talla}^2$ ). Los criterios de clasificación del IMC, se muestra en la siguiente tabla.



Tabla 1

Clasificación del Índice de Masa Corporal

	Talla normal	Talla baja
Peso normal	$\leq 25$	$\leq 23$
Sobrepeso	$>25 <27$	$>23 <25$
Obesidad	$\geq 27$	$\geq 25$

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.

La Norma Oficial Mexicana establece talla baja en la mujer cuando su estatura es menor de 1.50 metros y para el hombre cuando es menor a 1.60 metros. (SS, 2001).

En una entrevista, con tiempo promedio de 30 minutos, se tomaron los datos de la EECAC y del cuestionario de PES. La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador. Para el llenado de los instrumentos el investigador leyó los reactivos y la persona señaló su respuesta en la representación de la escala de cada instrumento.

Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en atención al Título segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, (SSA,1987).

De acuerdo al artículo 14, fracción VII y VIII se contó con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas seleccionadas para la investigación, según el Título segundo, artículo 14, fracción V (Apéndice D).

En esta investigación se protegió la privacidad, manteniendo a los participantes en el anonimato ya que los resultados se expusieron en forma general, de acuerdo al artículo 16. El estudio fue considerado de riesgo mínimo para los participantes, puesto

que el único procedimiento fue realizar medidas antropométricas de peso y talla, según el artículo 17, fracción II.

Las personas incluidas recibieron una explicación clara y concreta de los objetivos y procedimientos del estudio a fin de respetar su dignidad y su bienestar durante la entrevista; se les informó de la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento en que no quisieran seguir participando sin que esto afectara sus intereses personales de acuerdo al artículo 21, fracción I, II, III, IV, VI, y VII.

## Capítulo III

### Resultados

Los resultados se manejaron con el paquete estadístico SPSS 11.0 (2002) y se reportan en cuatro apartados y corresponden a: a) Características de la población; b) Estadísticos descriptivos de las variables de estudio; c) Estadísticos para la verificación de hipótesis; y d) Análisis adicional.

#### Características de la Población

La muestra se compuso de 128 participantes de los cuales, el 67.2% correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 36.92 años (DE = 11.06, valor máximo de 72 y un mínimo de 18). La escolaridad promedio fue de 9.1 años (DE = 4.9, valor máximo de 19 y un mínimo de 1).

#### Estadísticos Descriptivos de las Variables de Estudio

En la siguiente tabla se muestra las variables de tipo clínico, que dan referencia a los antecedentes de EC, familiares y personales.

Tabla 2

#### Antecedentes Familiares y Personales de Enfermedad Crónica

	Con antecedentes		Sin antecedentes	
	F	%	f	%
<b>Familiares</b>				
Diabetes mellitus	62	48	66	52
Hipertensión arterial	44	34	84	66
<b>Personales</b>				
Diabetes mellitus	8	6	120	94
Hipertensión arterial	16	12	112	88

Fuente: Cédula de datos demográficos y clínicos del adulto

n= 128

Como se observa en la tabla 2, existe mayor porcentaje de antecedentes familiares de enfermedad crónica que de los personales.

En la siguiente tabla se muestra las estadísticas descriptivas de las mediciones antropométricas y de los índices de CAC y PES.

Tabla 3

Datos Descriptivos de Variables de Estudio

VARIABLES	$\bar{X}$	DE	Valor máximo	Valor mínimo
<u>Antropométricas</u>				
Peso	68	13.15	103	43
Talla	1.60	8.6	1.85	1.43
IMC	24.8	4.6	43.8	17.5
<u>Mediciones de Percepción</u>				
CAC	54.44	10.89	78	18
PES	69.94	17.25	98	21

Fuente: Cédula de datos demográficos y clínicos del adulto, EECAC, PES. n = 128

Llama la atención en estas mediciones el promedio relativamente bajo de las CAC obtenida para esta muestra.

En la siguiente tabla se presenta la proporción de participantes clasificados con y sin obesidad de acuerdo a los criterio de la NOM 174-SSA1-1998.

Tabla 4

Frecuencia y Porcentaje de Adultos con y sin Obesidad

	Hombres		Mujeres		Total	
	f	%	f	%	f	%
Obesidad	17	33	26	67	43	33
Peso normal y sobrepeso	25	67	60	33	85	67

Fuente: Cédula de datos demográficos y clínicos del adulto.

n1 = 43 n2 = 85

### Estadísticos para la Verificación de Hipótesis

En preparación para el análisis inferencial, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la forma de distribución de las variables continuas. Esta prueba mostró que tanto los puntajes de las CAC como el de PES, tuvieron una distribución normal ( $p = .85$  y  $.14$  respectivamente). En función de ello se decidió utilizar estadísticos paramétricos para verificar las hipótesis del estudio.

Para concluir sobre la hipótesis 1, la cual sustentaba que la PES predice el nivel de CAC en población adulta; se ajustó un modelo de regresión lineal simple en donde la PES se introdujo como variable independiente y las CAC como variable dependiente. El modelo fue significativo,  $F(1,126) = 13.2$  y  $p = .000$ ;  $R^2$  ajustada =  $.088$ , por lo que la hipótesis se sustenta.

Para concluir sobre la hipótesis 2, que estableció que las CAC en adultos con obesidad difieren de las CAC en adultos sin obesidad, se aplicó el estadístico t de Student para muestras independientes. El resultado muestra que las medias de los dos subgrupos, no difieren significativamente  $t(126) = -.92$ ,  $p = .35$ , ( $\bar{X}$  con obesidad  $53.8$ ,  $\bar{X}$  sin obesidad  $55.7$ ). En función de estos resultados, la hipótesis se rechaza.

Para la verificación de la hipótesis 3 que sustentaba que la PES en adultos con obesidad difiere de la PES en adultos sin obesidad, se calculó con una t de Student para las dos submuestras. Los resultados no fueron significativos,  $t(126) = -.57$ ,  $p = .56$ , ( $\bar{X}$  de obesidad  $69.2$ ,  $\bar{X}$  sin obesidad  $70.8$ ), razón por la cual la hipótesis se rechaza.

### Análisis Adicional.

Considerando la asociación teórica entre la PES y las CAC, se llevó a cabo un análisis adicional, cuyos resultados se presentan a continuación.

1. Se ajustó un modelo de regresión múltiple donde la escolaridad, la edad, el sexo y los resultados de la PES, se introdujeron como variables independientes y las CAC como variable dependiente. El modelo fue significativo,  $F(4,123) = 8.39$  y

$p = .000$ ,  $R^2$  ajustada = .189, las variables que contribuyeron a ello fueron la PES, la escolaridad y el sexo.

2. Con el fin de identificar si la diferencia en los puntajes de CAC entre hombres y mujeres era significativa, se calculó una  $t$  de Student por sexo. Los resultados fueron significativos,  $t(126) = -2.22$ ,  $p = .02$ , mostrando que las mujeres obtuvieron un promedio mayor en CAC que los hombres ( $\bar{X} = 55.91$  y  $51.43$ ).

## Capítulo IV

### Discusión

De acuerdo al propósito del estudio, se determinaron los puntajes de CAC y PES en una muestra reclutada de la comunidad de adultos aparentemente sanos. Los resultados mostraron que este grupo de adultos perciben su CAC que teóricamente les habilita para mantenerse en un estado de salud aceptable, relativamente bajo. Estos resultados difieren con el reporte de autores como Bañuelos y Gallegos (2001), quienes encontraron que los personas estudiadas perciben altos puntajes de CAC. Una posible explicación es que los integrantes de esta muestra no consideren necesario desarrollar sus CAC para cuidar de su salud ya que esta se encuentra en buen estado. Aunque al respecto el grupo de estudio reportó la PES con un promedio no del todo aceptable. De acuerdo con Orem el factor condicionante básico que más influye en el desarrollo de las CAC de un adulto es el estado de salud (Orem, 2001), por lo que la coexistencia de cifras bajas en PES y en CAC son teóricamente contradictorias, ya que no perciben una salud plena, pero tampoco han desarrollado CAC para mejorarla.

La hipótesis de la asociación teórica entre las CAC y la PES se sustentó, confirmando la proposición asociativa de la teoría del déficit de autocuidado de Orem, que establece que los FCB influyen el desarrollo y operación de las CAC. Este resultado coincide con el de Zamora (2000) quien reporta haber evaluado la misma asociación en una muestra de adultos sanos. Sin embargo la variación explicada en la muestra de este estudio fue sumamente modesta. Una posible explicación a esto es que cuando las personas no se evalúan o no se consideran enfermas, la conservación del estado de salud no es un prioridad en sus vidas, por lo tanto no desarrollan CAC especializadas para cuidar de ella en forma especial.

Reconociendo que la obesidad, inclusive el sobrepeso, han mostrado ser factores de riesgo para enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, hiperlipidemias ó

hipertensión arterial, entre otras, el estudio buscó conocer si las CAC y la PES eran diferentes entre la submuestra de personas con obesidad y la submuestra de personas sin obesidad. En ninguna de las dos comparaciones hubo diferencias entre ambas submuestras. En el caso de la variable CAC, se observó que los adultos con obesidad, obtuvieron cifras un poco más altas, que los que no tenían obesidad, sin que esta diferencia fuera significativa. Esto sugiere que los participantes con obesidad parecieran percibir el riesgo que significa el exceso de tejido graso en sus cuerpos para el desarrollo de EC. Esta tendencia es semejante con lo reportado con Gallegos (1998), donde el nivel de CAC de pacientes hospitalizados por diabetes mellitus fue menor que del paciente en control ambulatorio.

Por otro lado, la obesidad como factor de riesgo ha sido demostrada en estudios como el de González y Stern (1993) y Chávez (2002) quienes han confirmado que la obesidad tiene una contribución importante a los niveles altos de presión arterial, situación que precede a la manifestación de la enfermedad isquémica. Así mismo Ludvick et al. (1995) y Carey et al. (1996) han confirmado que la obesidad tiene una contribución importante a los niveles de resistencia a la insulina, deficiencia que precede a la manifestación de la diabetes mellitus. En función de esto, es fundamental que las personas que aun no manifiestan EC como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, pero que ya sufren obesidad, se consideran que están en riesgo de desarrollarlas a fin de mejorar el cuidado a su salud.

Con respecto a la PES, y aunque la diferencia de medias de las dos submuestras no fue significativa, se observó una tendencia débil, donde las personas sin obesidad percibieron un mejor estado de salud. Sobre este particular y de acuerdo con Orem, se esperaría que esta tendencia fuera más clara indicando un menor nivel de estado de salud percibido en personas que sufren de obesidad, lo que eventualmente los llevaría a desarrollar capacidades especializadas para el cuidado de su salud.



Adicionalmente se mostró que la escolaridad y sexo son factores que se asocian con las CAC. En el caso de la escolaridad la asociación positiva coincide con los hallazgos de Bañuelos y Gallegos (2001), al encontrar que la escolaridad influye positivamente sobre las CAC. En el caso del sexo, se confirmó que las mujeres muestran un promedio mayor de CAC; estos resultados confirman lo encontrado por Da Silva (1997) y Zamora (2000).

### Conclusiones

El estudio mostró que los niveles de capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud no son diferentes entre personas adultas con obesidad y sin obesidad.

Al parecer, las primeras no perciben tal estado como un factor de riesgo que eventualmente favorecerá que desarrollen una enfermedad crónica.

Por otro lado se confirmó que el mayor nivel de escolaridad favorece el desarrollo de las capacidades de autocuidado, y que las mujeres obtienen mayores puntajes de capacidades de autocuidado.

### Recomendaciones

1. En futuros estudios, incluir la variable conocimiento sobre obesidad a fin de no dar por sentado que los participantes conocen el riesgo que enfrentan.
2. Llevar a cabo estudios cualitativos que expliquen mejor el fenómeno de la obesidad y la consideración de esto como un factor de riesgo a la salud.
3. Como recomendación metodológica, se requiere hacer el estudio con una población mayor que garantice un número suficiente de sujetos con la variable obesidad para incrementar el poder de la prueba estadística, que en esta investigación fue relativamente bajo al dividir la población en dos submuestras.

## Referencias

Assman, E. (1998). Factores de riesgo e infarto agudo al miocardio. American Hearth Journal, 116, 1713-1734.

Bañuelos, B. P. & Gallegos, C. E. (2001). Autocuidado y control de adultos mayores con Diabetes. Desarrollo Científico en Enfermería, 9 (4),100-106.

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

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

Carey D., Jenkins A., Campell L., Freund J. & Chisholm D. (1996). Abdominal Fat and Insuline Resistance in Normal and Overweith Women: Direct Measurements reveal a strong relationships in Subjects at Both low and High Risk of Diabetes Mellitus. American Diabetes Association 45 (5), 633-638

Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, [CCOAPS], (1999). Diagnóstico de Salud. México.

Chávez R. (2002). Factores de Riesgo Lipídicos. Pautas en Cardiología Preventiva, 2, 1-6.

Da Silva, V. (1997). Autocuidado y Calidad de Vida de Adultos Mayores en Áreas Urbano Marginadas de Monterrey. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Monterrey, N.L., México.

Elashoff, J. D. (1995). nQuery Advisor 2.0 Paquete estadístico.

Evers, C., Isenberg, M., Philpsen, H., Senten. M. & Browns, G. (1989). Validity testing of the Dutch traslation of the appraisal of the self-cares agency A.S.A.-scale. International Journal of Nursing Studies, 30, 331-342.

Fanghanel, G., Sánchez, L., Gómez, R., Torres, E. & Berber, A. (2001).

Obesidad como factor de riesgo de cardiopatía coronaria en trabajadores del Hospital general de México. Endocrinología y Nutrición, 9 (2), 51-59.

Gallegos, E. (1997). The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult mexican women. Tesis de doctorado no publicada. Wayne State University, Detroit, Michigan, USA.

Gallegos, E. (1998). Valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo Científico en enfermería, 6 (9), 260- 266.

Gallegos, E., Cárdenas, V. & Salas, M. (1998). Capacidades de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2. Investigación y Educación en Enfermería 17 (2), 13- 27.

Gallegos, E. (1995). Validación de la escala. Capacidades de Autocuidado con población Mexicana. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L. México.

González, C. & Stern, M. (1993). La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. Investigación Clínica. 45, 13-21.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI), (1999). México.

Lerman, G. I. (1994). Atención integral del paciente diabético (2ª ed.) México, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Ludvick B., Nolan J., Baloga J., Sacks D. & Olefsky J. (1995); Effect of Obesity on Insulin Resistance in Normal Subjects and Patients with Diabetes Mellitus. American Diabetes Association 44, 9, 1121-1125

Lukkarién, H. & Hentinen, M. (1999). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. International Journal of Nursing Studies 34 (4), 295-304.

Orem, D.E. (2001). Nursing Concepts of Practice, (6ª ed.) USA Mosby.

Polit, F.D. & Hungler, P.B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. (6ª ed.) México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. Editorial Porrúa.

Secretaría de Salud. (1995). Plan Nacional de Salud. México: SSA.

Secretaría de Salud. (1996). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Dirección General de Epidemiología.

Secretaría de Salud. (1999). Encuesta Nacional de Nutrición. México. Disponible en: <http://www.insp.mx/enm/>

Secretaría de Salud, (2001). Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad, 1-10.

Secretaría de Salud (2002), Centro de Vigilancia Epidemiológica Boletín informativo, casos nuevos de enfermedades no transmisibles. Epidemiología. Sistema Único de Información, 41, 1718.

Simmons, S. (1989). Health: a concept analysis. International Journal Nursing Studies, 26 (2), 155-161.

Statistical package for the social sciences (SPSS. 2002) Base 11.0 para Windows.

Stewart, A., Hayes, R. & Ware, J. (1988). Communication the MOS short form general health survey reliability and validity in a patient population. Medical Care, 26 (7), 724-732.

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

## Apéndices

## Apéndice A

Universidad Autónoma de Nuevo León  
 Facultad de Enfermería  
 Subdirección de Posgrado e Investigación

Cedula de Identificación \_\_\_\_\_

## Cédula de Datos Demográficos y Clínicos del Adulto

## I. Datos demográficos

Sexo: 1. Hombre 2. Mujer

Años cumplidos \_\_\_\_\_

Años de estudio \_\_\_\_\_

## II. Datos Clínicos

Peso en Kg. \_\_\_\_\_

Talla en cm. \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus familiares ha presentado alguna de las siguientes enfermedades?

Marque con una cruz su respuesta.

	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial	
	Si	No	Si	No
Padre				
Madre				
Hermano (al menos 1)				

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Marque con una cruz su respuesta.

Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial	
Si	No	Si	No

## Apéndice B

## Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)

## INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a Usted. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	1	2	3	4



- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.                          | 1 | 2 | 3 | 4 |

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 15. Pocas veces pienso en<br>revisar mi cuerpo para<br>saber si hay algún<br>cambio.                              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. En otros tiempos he sido<br>capaz de cambiar<br>hábitos arraigados, si<br>con ello mejoraba mi<br>salud.      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Si tengo que tomar un<br>nuevo medicamento,<br>puedo obtener<br>información sobre los<br>efectos indeseables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Soy capaz de tomar<br>medidas para asegurar<br>que mi familia y yo<br>estemos seguros.                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de valorar<br>que tan efectivo es lo<br>que hago para<br>mantenerme con salud.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 20. Con la actividad diaria<br>raras veces puedo tomar<br>tiempo para cuidarme.           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Puedo conseguir la<br>información necesaria si<br>mi salud se ve<br>amenazada.        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Puedo buscar ayuda si<br>no puedo cuidarme yo<br>misma (o).                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Pocas veces puedo<br>tomar tiempo para mí.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Aún con limitaciones<br>para moverme, soy<br>capaz de cuidarme como<br>a mi me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 |

## Apéndice C

## Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (PES)

## INSTRUCCIONES:

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

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

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

	Limitada por más de tres meses	Limitada por tres meses o menos	Sin limita- ciones
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes que la agotan.	1	2	3
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3
9. Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	1	2	3
11. Caminar una cuadra.	1	2	3
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1	2	3
13. ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?			

- a) Sí, por más de tres meses
- b) Sí, por tres meses o menos
- c) No

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

- a) Sí, por más de tres meses
- b) Sí, por tres meses o menos
- c) No

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

	Definitivamente verdadero	La mayoría de las veces es verdadero	No estoy segura	La mayoría de las veces es falso	Definitivamente falso
15. Estoy algo enfermo(a)	1	2	3	4	5
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco	1	2	3	4	5
17. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5
18. Me he sentido mal recientemente	1	2	3	4	5

19. En general diría usted que su salud es:

Excelente

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

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

1. Ninguno
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Severo



Apéndice D  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería  
Subdirección de Posgrado e Investigación

Consentimiento Informado

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_,

acepto participar en un estudio con fines de investigación sobre mis capacidades de autocuidado, realizado por el Lic. Erick Landeros Olvera, alumno de Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, el cual consiste en dos cuestionarios que me serán aplicados, así como medir y registrar mi peso y talla.

Estoy en el entendimiento de que esta participación es voluntaria y puedo retirarme de ella, en cualquier momento, sin ningún compromiso si así lo deseo y sin que esto afecte mis intereses personales.

Participante

Nombre del investigador

Erick Alberto Landeros Olvera

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice E

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Subdirección de Posgrado e Investigación

### Procedimiento para Mediciones Antropométricas

#### Peso en kilogramos

Equipo: Báscula fija con estadímetro

Procedimiento:

1. Calibrar la báscula en ceros antes de pesar al paciente.
2. Pedir al paciente que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
3. Coloque al sujeto de pie y en posición de firmes (columna vertebral extendida), mirando hacia el frente, los talones juntos y los brazos a un costado del cuerpo.
4. Lea el peso y registre la cantidad separando en kilogramos y fracciones.

#### Talla en metros

Equipo: Altímetro con báscula

Procedimiento:

1. Coloque un pliego de papel en el área del paciente.
2. Pida al paciente que se quite los zapatos y sitúelo de pie en posición de firmes en medio del altímetro con lo talones juntos y las rodillas sin doblar.
3. Cuide que la persona que va a ser medida, no tenga adornos en la cabeza que no permita una correcta medición.

4. Pida al sujeto que apoye la espalda al altímetro en posición de firmes, sin subir los hombros, ni levantar los talones.
5. La cabeza debe de estar levantada con la vista hacia el frente y permanecer en esa posición
6. Coloque el altímetro y registre la medida exacta, separando con un punto los metros de los centímetros.

## RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Erick Alberto Landeros Olvera

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería  
con Énfasis en Salud Comunitaria

Nació en México D.F. el 10 de junio de 1975, es el quinto de siete hermanos, hijo de Eduardo Landeros Noguéz y Cosuelo Olvera Cárdenas. Realizó estudios de media superior en la UASLP (Universidad Autónoma de San Luis Potosí), egresando en 1992 con mención honorífica. Los estudios superiores los realizó en la UAM-X (Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco), obteniendo en 1988 el título de Licenciado en Enfermería, siendo merecedor a la medalla al mérito universitario. Durante el año de 1998 realizó estudios de postgrado en Cardiología, con base al modelo teórico del déficit de autocuidado en la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), graduándose con mención honorífica.

Antes de terminar la licenciatura, de 1995 a 1997 laboró como enfermero general en el INCan (Instituto Nacional de Cancerología). Ingresó como enfermero especialista de 1997 a 1999 al INCICH (Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez). Fue jefe de la Unidad de Reanimación Cardiopulmonar, Urgencias e Inhaloterapia en el Hospital General de Cuernavaca "José Parres" del 2000 al 2001.

Ha laborado como docente de licenciatura de enfermería en el INCICH, UAM-X, I.P.N. (Instituto Politécnico Nacional). Fue coordinador y actualmente tutor clínico y académico del postgrado en enfermería cardiovascular en la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia), becario investigador de la UNAM en coordinación con la UCSF (Universidad de California de San Francisco).

Fue miembro de la red mundial de estudiantes del área de la salud comunitaria de 1993 a 1997, (Network of Netherlands). Es miembro titular de la Sociedad Mexicana de Cardiología desde Noviembre de 1999.

Instructor certificado del ACLS (Advanced Cardiac Life Support) por la AHA (American Heart Association) desde el año 2000.

Ha publicado como autor y coautor diversos artículos y trabajos de investigación en revistas de enfermería nacionales e internacionales. Consultor editorial de la revista de enfermería del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), desde enero del 2003.

erick\_landeros@mexico.com



