

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE
DIABETICOS NO INSULINO DEPENDIENTE

POR

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOREDO

COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CON ESPECIALIDAD EN
SALUD COMUNITARIA

OCTUBRE DE 1997

RECEIVED
1966

OFFICE OF THE
SECRETARY OF THE
NAVY

NAVY DEPARTMENT
WASHINGTON, D.C.



1080071207

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA



CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO INSULINO DEPENDIENTE

CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO INSULINO DEPENDIENTE

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOPEZ

POR

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOPEZ

Como requisito para obtener el grado de MAESTRIA EN ENFERMERIA

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

OCTUBRE DE 2011



TM

RC660

P4



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO
INSULINO DEPENDIENTE**

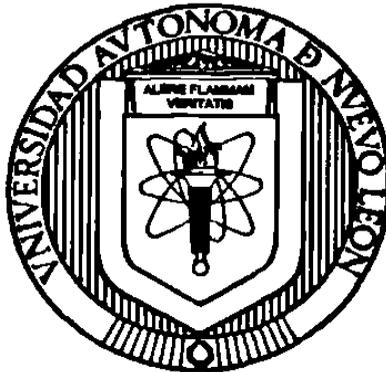
Por

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOREDO

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
con Especialidad en
SALUD COMUNITARIA**

OCUTBRE, 1997

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO
INSULINO DEPENDIENTE**

Por

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOREDO

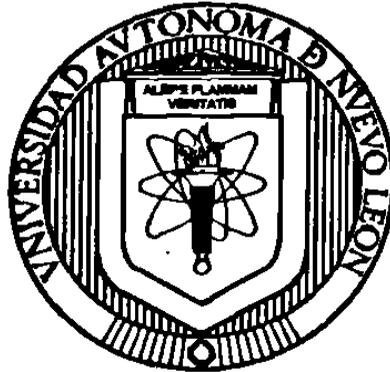
Asesor

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, M.S.P.

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA
con Especialidad en
SALUD COMUNITARIA**

OCTUBRE, 1997

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO
INSULINO DEPENDIENTE**

Por

LIC. CARMELITA PEDRAZA LOREDO

Asesor

LIC. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, M.S.P.

Asesor Estadístico

ING. MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, Ph.D.

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

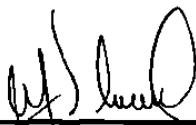
con Especialidad en

SALUD COMUNITARIA

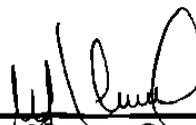
OCTUBRE, 1997

**CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DE DIABETICOS NO
INSULINO DEPENDIENTE**

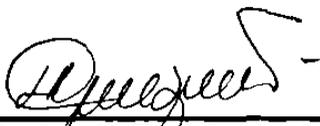
Aprobación de Tesis



**Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo MSP
Asesor de tesis**



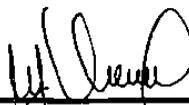
**Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo MSP
Presidente**



**Lic. Lucio Rodríguez Aguilar MSP
Secretario**



**Lic. Dora Elia Silva Luna MSP
Vocal**



**Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo MSP
Secretario de PostGrado**

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L en especial a la Lic. Ma. Guadalupe Martínez de Dávila, Directora de la misma por el apoyo brindado en el desarrollo de la presente tesis.

A la Lic. María Magdalena Alonso Castillo, M. S. P., mi más sincero agradecimiento, por su paciencia, comprensión y experiencia brindada.

Al Ing. Marco Vinicio Gómez, por su apoyo estadístico ya que fue parte importante para la realización del presente estudio.

A la jefe del departamento Médico Quirúrgico Lic. Ofelia Peña Severa y Subjefe Lic. Velia M. Cárdenas Villarreal por su confianza, comprensión y apoyo.

Al personal administrativo y a cada uno de los maestros que me apoyaron en todo momento.

Al Lic. Francisco Rocha por haberme brindado su preocupación y apoyo en el desarrollo de mi superación personal.

A mis mejores amigas Ma. Luisa Rosas Sosa y Ma. Elena Castillo por su comprensión y apoyo de toda índole.

A mi sobrina Hilda Y. Villegas Pedraza por su ayuda en la captura de datos y sobre todo por su paciencia.

DEDICATORIA

A DIOS: Por todo su inmenso amor que me brinda día a día, por estar siempre a mi lado y sobre todo por la salud que me proporciona para poder seguir adelante.

A mi madre: Por todo su amor, comprensión, preocupación y desvelos para conmigo.

A la memoria de mi padre que siempre vivirá en mis pensamientos.

A mi abuelita: Por todo su cariño y amor.

A mis hermanos: Ma. del Refugio, Angeles, Ma. Luisa, Onésimo y Francisco por toda su preocupación y cariño constante.

A la Lic. Ma. Inés Yañez Arias: Por todo el amor y el camino que me enseñó para que llegara a ser lo que soy

RESUMEN

Carmelita Pedraza Loredo

Fecha de Graduación: Octubre, 1997

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultado de Enfermería

Título del Estudio: CREENCIAS DE SALUD Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS NO INSULI NO DEPENDIENTE

Número de página: 87

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en: Salud Comunitaria.

Area de estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fué conocer de que manera las percepciones individuales y los factores modificadores, beneficios y barreras se relacionan con la presencia de complicaciones en el paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID) Se estudió a 180 adultos mayores de 25 años de ambos sexos que residieran en el área de influencia de un centro de salud comunitario de primer nivel y que tuvieran mas de 5 años de padecer la enfermedad, pertenecientes a nivel socioeconómico medio bajo. El diseño empleado fué descriptivo y correlacional; el tipo de muestreo fué por conveniencia. Para la obtención de los datos se aplicaron dos cuestionarios elaborados por la autora de la investigación, considerando las hipótesis de estudio derivadas del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstok. (1984).

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados obtenidos mostraron por medio del análisis de correlación de Spearman que existe asociación entre edad y frecuencia de internamiento ($r_s=.1632$, $p=.029$), entre tiempo de padecer la diabetes y frecuencia de complicaciones ($r_s=.3263$, $p=.000$) y frecuencia de internamiento con frecuencia de complicaciones con una ($r_s=.6701$, $p=.000$), parcialmente se explica la presencia de complicaciones a través del modelo de creencias de salud (1984) ya que se encontró significancia entre las combinaciones de edad, sexo y estado civil y la percepción de barreras ($X^2=4.1781$, $p=.041$); Por lo que se apoya parcialmente el modelo.

FIRMA DEL ASESOR: _____

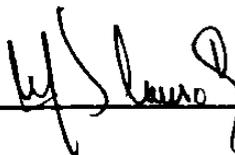


TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1.- INTRODUCCION.	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Hipótesis.....	8
1.3 Objetivos.....	9
1.4 Importancia del Estudio.....	10
1.5 Limitaciones del Estudio	11
1.6 Definición de Términos	11
2.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL	13
2.1 Modelo de Creencias de Salud	13
2.2 Adaptación del Modelo de Creencias de Salud	18
2.3 Estudios Relacionados	20
3.- METODOLOGIA	25
3.1 Diseño del Estudio	25
3.2 Universo	25
3.3 Plan de muestreo y muestra	25
3.4 Criterios de Selección	25
3.5 Material	26
3.6 Procedimiento	28
3.7 Etica del Estudio	29

4.- RESULTADOS	31
4.1 Datos descriptivos	32
4.2 Análisis	40
4.2.1 Estadísticas descriptivas	40
4.2.2 Datos correlacionales	42
4.2.3 Estadísticas inferenciales	44
4.2.4 Prueba de hipótesis	48
5.- DISCUSION	50
5.1 Conclusiones	54
5.2 Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57
APENDICES	
A).- Cuestionario: Creencias de las percepciones individuales en el paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente. (CPIPDMNID).	60
B).- Cuestionario: Complicaciones en el paciente con diabetes mellitus .. no insulino dependiente (CPDMNID).	65
C).- Instructivo para el cuestionario Creencias de las percepciones individuales en el paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente y para el cuestionario sobre complicaciones (CPIPDMNID) (CPDMNID).	70
D).- Operacionalización de las variables.	75
E).- Contrato de participación en la investigación.	85
F).- Autorización de permiso de la institución de salud.	86
G).- Resumen Autobiográfico.	87

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Características y Alpha de Cronbach de las subescalas y escala total del (CPIPDMNID).	27
2	Factores demográficos de la población con DMNID	32
3	Complicaciones emocionales referidas por la población estudiada.	38
4	Complicaciones sociales referidas por los diabéticos a causa de la enfermedad.	38
5	Complicaciones laborales referidas por la población con DMNID.	39
6	Medidas descriptivas relativas a CPIPDMNID a personas con DMNID.	40
7	Resultados de la prueba de Kolomogorov - Smimov de los índices del instrumento del estudio	41
8	Coefficiente de correlación de Spearman entre los índices de CPIPDMNID, CPDMNID en la población con DMNID	42
9	Resultados de la prueba Kruskal Wallis para las combinaciones de (CPIPDMNID) de la población con DMNID	44

LISTA DE FIGURAS

Figuras		Página
1	Tiempo de padecer la diabetes	33
2	Información sobre la diabetes previo al inicio de la DMNID ...	33
3	Conocimiento de la población sobre complicaciones previo .. a padecer la DMNID	34
4	Presencia de complicaciones en la población estudiada	34
5	Tiempo de diagnosticadas las complicaciones de DMNID	35
6	Complicaciones diagnosticadas mas frecuentes en la	35
	población DMNID.	
7	Número de complicaciones diagnosticadas en la población ..	36
	con DMNID.	
8	Tipo de complicaciones que motivó el internamiento por	36
	en la población con DMNID	
9	Frecuencias de internamiento por complicaciones en la	37
	población con DMNID.	
10	La edad de la población con DMNID y barreras	45
11	El estado civil de la población con DMNID y barreras	45
12	Combinación Edad, Estado Civil y Barreras	46
13	Combinación Sexo, Estado Civil y Barreras	46

14	Combinación Edad, Sexo, Estado Civil sin pareja con	47
	Barreras .	
15	Combinación Edad, Sexo, Estado Civil con Pareja y Barreras	47

CAPITULO 1

INTRODUCCION

La diabetes es un problema importante de salud pública que afecta a personas de todos los grupos sociales, sin importar la edad, género ó condición social. Además la diabetes y sus complicaciones incapacitan en el mundo a miles de personas en todas las etapas del ciclo vital Fain.A.(1993)

Como profesionales del área de la salud es necesario que el personal de enfermería reconozca la magnitud y gravedad de este padecimiento y sus complicaciones para que la asistencia que brinda se dirija a limitar las incapacidades futuras.

El Programa Nacional de Salud 1996-2000, señala como problema prioritario de Salud Pública la prevención de conductas nocivas a la salud y las relaciona con el incremento de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus.

Por tal razón establece como estrategias de acción el fomento y promoción de los estilos de vida que favorezcan el bienestar, la utilización de los servicios de salud y la disminución de enfermedades crónicas.

La Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) tiene un efecto negativo sobre el individuo, familia y entorno social. Además de que es una enfermedad que deja secuelas, limita la actividad e incapacita a las personas para llevar a cabo las actividades cotidianas propias de su edad y género.

La DMNID amenaza la estabilidad emocional del paciente y ocasiona problemas con la pareja como irritabilidad, rechazo a relaciones sexuales y depresión.

También se presentan problemas en las relaciones con la familia como resultado de la inestabilidad, depresión y baja autoestima. Phipps. (1988).

Uno de los problemas del diabético es la falta de apego al tratamiento, lo que ha ocasionado a más temprana edad la presencia de complicaciones. Cerkoney y Hart, (1974) investigaron al paciente con diabetes mellitus no insulino dependiente, acerca del apego al tratamiento, después de haber asistido a clases de educación en diabetes en un hospital. El estudio reportó altos puntajes de cumplimiento, los que se asociaron positivamente con algunos elementos del Modelo de Creencias de Salud (MCS) desarrollado por Rosenstock (1984), fundamentalmente con la percepción de susceptibilidad y severidad. (r,50. p,01).

Para la enfermera comunitaria es de gran importancia brindar una atención que fomente el bienestar y limite complicaciones y riesgos, por tal razón debe conocer que factores influyen en el paciente diabético para tomar decisiones con respecto a su cuidado y cómo estos pueden a su vez influir en la presencia de complicaciones.

El presente estudio, utiliza el Modelo de Creencias de Salud (MCS) desarrollado por Rosenstock (1984), como un marco teórico que permite explorar las creencias del paciente con DMNID y sus complicaciones. El estudio fué de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. El universo lo constituyeron pacientes con diabetes mellitus no insulino dependientes (DMNID) residentes de una comunidad suburbana, de estrato económico medio bajo.

1.1 Planteamiento del Problema

La diabetes es una enfermedad crónica que se conoce desde hace muchos siglos, se ha incrementado a raíz de la industrialización y de las transformaciones de la sociedad moderna. Este problema se presenta tanto en los países desarrollados como en países en desarrollo, y se le asocia con una elevación del nivel de vida King (1991).

La DMNID es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población mexicana, éste problema ha mostrado una tendencia ascendente a partir de la segunda mitad de éste siglo, afecta a un tercio de la población adulta y su prevalencia es alrededor del 10 por ciento King (1991).

Es indudable que el principal problema de la DMNID es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. Cabe señalar que durante las décadas de 1920 y 1930 eran raras, pero a partir de 1960 empezaron a surgir como importantes problemas de salud pública, por su alta prevalencia.

En la actualidad la DMNID es la principal causa de amputación de miembros inferiores, insuficiencia renal, ceguera, mortalidad prematura, malformaciones congénitas y otras desviaciones de salud agudas y crónicas, como cetoacidosis diabética, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular Escobedo, Rico (1996).

La frecuencia anual de diabetes diagnosticada en Estados Unidos en 1993 fué de 29 por 10,000 habitantes. Cada año se diagnostican casi 725,00 nuevos casos, en la mayoría de diabetes tipo II Fain, A., (1993).

La DMNID ocupa el séptimo lugar como causa directa de muerte por entidades clínicas en Estados Unidos, después de las enfermedades

cardiovasculares, cáncer, cerebrovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Cada año mueren casi 150,000 personas a consecuencia de la DMNID y sus complicaciones. La DMNID es una enfermedad crónica, incapacitante que acorta la esperanza de vida y ocasiona elevados costos a la comunidad. Su prevalencia varía desde cero por ciento en Papua, Nueva Guinea, hasta 34 por ciento en los Indios Pima del Perú. Vázquez, Romero (1993).

En México la esperanza de vida es de 69 años según INEGI (1990) por lo que existe un incremento proporcional de adultos y viejos. La transición epidemiológica ha llevado a que la Diabetes Mellitus ocupe los primeros lugares de mortalidad general, junto a otros problemas propios del desarrollo.

En relación a la mortalidad en México por complicaciones de DMNID en 1980 fue de 17.1 por ciento y en 1990 fue de 29.39 por ciento. Con lo que respecta al Estado de Nuevo León se encontró el 8.6 por ciento en 1980 y 34.67 por ciento en el año 1990, Encuesta Nacional de la Diabetes (1993).

En Nuevo León, Sáenz (1992) realizó un estudio sobre Diabetes Mellitus (DM) y encontró que el 90 por ciento de los casos correspondieron a población económicamente productiva lo que muestra su trascendencia social, al generarse complicaciones e incapacidades que repercuten en la pérdida de horas laborales y salarios insuficientes para el mantenimiento de la familia. Aunado a esto, se generan mayores costos familiares y sociales al requerir el paciente un control permanente de su enfermedad.

Aún cuando no se dispone de información precisa sobre la ocurrencia de complicaciones, se tienen reportes de que se hospitalizan al año más de 50,000 pacientes por DM y ésta es la principal causa de egreso hospitalario, tanto en hombres como en mujeres. Escobedo, Rico (1996).

La diabetes mellitus no insulino dependiente es un problema que afecta a todas las sociedades, sean cual fuere su grado de desarrollo y su importancia se debe a las múltiples repercusiones médicas, sociales y económicas que tiene sobre la población. Angulo, (1996).

El perfil de los pacientes diabéticos se caracteriza por tener sobrepeso, obesidad exógena originada por los inadecuados hábitos alimentarios y en la mayoría de los casos influida por aspectos educativos, culturales, psicológicos y metabólicos. Un problema importante en estos pacientes es el inadecuado cumplimiento del tratamiento lo que puede deberse a la falta de educación sobre su enfermedad, creencias y valores los que se convierten en factores determinantes en su control. Cabrera Pivaral, (1991).

Otro aspecto importante a considerar en el paciente diabético son los patrones sociales y culturales que afectan la observancia o no del régimen terapéutico, así como cuando el paciente no considera eficaz el tratamiento que lleva a cabo por lo que lo abandona.

Se ha observado incluso que existen personas que recurren al aislamiento social para evitar ser sancionados por la falta de apego. También se ha observado en pacientes con DMNID que como consecuencia de la enfermedad tienen una sensación de baja autoestima, de rechazo social y depresión. Phipps (1988).

Otros pacientes piensan que tienen una fuerza destructiva que los aminora por lo que necesitan comprensión . El comportamiento del individuo con DMNID requiere ser analizado en el contexto cultural y social , para entender que factores influyen en su comportamiento con respecto al apego al tratamiento y a las dificultades sociales y emocionales que provoca la enfermedad. Phipps .. (1988). Por lo tanto la prevención de las complicaciones de cualquier índole le permiten al paciente con DMNID funcionar en un nivel óptimo.

En un estudio sobre complicaciones en pacientes con DMNID Angulo(1996). cuyo objetivo fué conocer la frecuencia de las complicaciones crónicas y correlacionarlo de acuerdo al tiempo de evolución de su enfermedad. Se encontró que la complicación más frecuente en ambos sexos fue la neuropatía con un 84.4 por ciento, seguida de la retinopatía con 58.1 por ciento, y de la nefropatía con 50.4 por ciento. En pacientes con evolución de su enfermedad de 1 a 5 años la nefropatía se presentó con el 43.3 por ciento, de los casos mientras que en pacientes con evolución de 16 años fue por arriba del 90 por ciento. Se comprobó que a mayor tiempo de evolución aumentó el porcentaje de alguna cronopatía, y se estableció que la más frecuente fue la neuropatía.

Por otro lado Cabrera Pivaral y Col (1991). analizaron el nivel de conocimientos y actitudes sobre la educación dietética. Se observaron que solo 10 por ciento de los pacientes diabéticos tienen un control metabólico aceptable y un valor de conocimientos, actitudes y prácticas alto. Al relacionar el valor conocimientos, actitudes y prácticas con la edad de los pacientes, se observó una asociación significativa ($p < 0.05$) lo cual no sucedió con el sexo, escolaridad, ocupación,

ingreso económico, uso de hipoglucemiantes orales y de insulina y años de evolución de la enfermedad.

En Guadalupe, Nuevo León. Esparza (1994). estudió la prevalencia de complicaciones del paciente diabético y su control, en el reportó que un 66.7 por ciento de los diabéticos tiene cinco o más años de evolución de la enfermedad; al relacionarlo con el inicio de su tratamiento se observó una asociación positiva perfecta de .96 y una significancia de ($p < .01$). Por otra parte también se obtuvo una asociación positiva perfecta de .96 entre interrupción del tratamiento y motivos de la interrupción ($p < .01$).

En este mismo estudio se encontró que habían sido internados el 51.1 por ciento de los pacientes a causa de la diabetes al menos una vez en su vida, entre las causas de hospitalización se encuentran las de tipo metabólicas en el primer año de diagnosticada la enfermedad, incrementándose las causas vasculares en pacientes con dos a cinco años de evolución.

Con lo anterior se reconoce que a los pacientes con DMNID se les ha estudiado desde el punto de vista de creencias y percepciones. Sin embargo estas creencias y percepciones no habían sido estudiadas en su relación con la presencia de complicaciones.

En la experiencia personal del investigador se ha observado un aumento en el número y tipo de complicaciones a temprana edad los que en muchas ocasiones no son reconocidas por el paciente con DMNID como una consecuencia de la forma de su inadecuado control. Son diferentes creencias los que manifiestan que pueden dar origen a la presencia de complicaciones.

La enfermera comunitaria tiene como meta fomentar el bienestar de individuos y grupos Hall Readding (1990) por lo que debe intervenir en forma sistemática y oportuna apoyándose en la continuidad del cuidado del paciente con DMNID reconociendo que debe limitar complicaciones pero que a la vez este cuidado es influido por las percepciones y creencias de salud de los pacientes.

Por lo expuesto anteriormente se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿ Que relación existe entre las percepciones Individuales y los factores modificadores del paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) y la presencia de complicaciones?

1.2 Hipótesis

HI1= Los factores modificadores del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

V.I. Factores modificadores (Edad, sexo, escolaridad, ocupación tiempo de padecer la diabetes).

V.D. Presencia de complicaciones.

HI2= Las percepciones individuales del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

V.I. Percepciones individuales (susceptibilidad y severidad).

V.D. Presencia de complicaciones.

HI3= Los beneficios y barreras identificados por el paciente con DMNID en el control de su enfermedad se relacionan con la presencia de complicaciones.

V.I. Beneficios y barreras identificadas por el paciente con DMNID.

V.D. Presencia de complicaciones.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Conocer de que manera las percepciones individuales y los factores modificadores, beneficios y barreras se relacionan con la presencia de complicaciones en el paciente con DMNID.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1.- Identificar los factores modificadores del paciente con DMNID que se relacionan con la presencia de complicaciones.
- 2.- Conocer las percepciones individuales (susceptibilidad y severidad) del paciente con DMNID que se relacionan con la presencia de complicaciones.
- 3.- Conocer de que manera los beneficios y barreras que percibe el paciente con DMNID que se relacionan con la presencia de complicaciones.
- 4.- Identificar el perfil de complicaciones más frecuentes en los pacientes con DMNID del estudio.
- 5.- Conocer la consistencia interna que muestra el instrumento : Creencias y Percepciones Individuales en el Paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (CPIPDMNID) elaborado para éste estudio.

1.4 Importancia del Estudio

La información obtenida en el estudio sobre la relación que tiene la edad, y el tiempo de padecer la enfermedad y las complicaciones del paciente con DMNID se suma a la información que las instituciones existentes de Salud Pública tienen para diseñar estrategias en beneficio de éste tipo de población y que lleven a acciones preventivas mas tempranas.

Este estudio es importante para la enfermería comunitaria ya que la identificación del perfil de complicaciones mas frecuentes detectadas en pacientes con DMNID permitirá una planificación anticipada de medidas preventivas que limite los problemas reales y potenciales en estos grupos de pacientes.

El modelo de creencias de salud de Rosenstock muestra que es útil para la enfermería comunitaria porque parte del hecho de que existen factores y percepciones que influyen en las acciones que emprende el paciente, además que permiten estudiar la relación del modelo con presencia de complicaciones en pacientes con DMNID, situación que no había sido abordada anteriormente. Con su aplicación en el presente estudio se reafirma la congruencia de algunos conceptos del modelo, por las asociaciones encontradas entre susceptibilidad y severidad, susceptibilidad y beneficios, por lo que éste conocimiento apoya algunas de las relaciones conceptuales, del Modelo de Creencias de Salud y es útil para la investigación de enfermería comunitaria dado su interés por conocer que percepciones influyen en los pacientes para la toma de decisiones.

1.5 Limitaciones del Estudio

La muestra fué por conveniencia y sus resultados solo se generalizarán al grupo de estudio. Los instrumentos fueron elaborados por la autora de este estudio y la consistencia interna del instrumento Creencias y Percepciones Individuales en el Paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes (CPIPDMNID) fué de .7732 lo que es aceptable; sin embargo la subescala de barreras en el mismo fué de .4344.

1.6 Definición de Términos

Los términos utilizados en el presente estudio se derivan del *Modelo de Creencias de Salud Rosenstock.(1984)*.

Se realizaron las siguientes adaptaciones en contenido:

Percepciones Individuales: Son ideas, percepciones que tiene el paciente con DMNID con respecto a su enfermedad. Estas percepciones están relacionadas con : susceptibilidad y severidad.

Susceptibilidad percibida: Es la probabilidad estimada por el paciente con DMNID de padecer complicaciones.

Severidad percibida: Son las preocupaciones que tiene el paciente con DMNID de que las complicaciones que pueda padecer tendrán consecuencia en su vida personal, familiar y laboral.

Beneficios percibidos: Son las creencias del paciente con DMNID sobre la efectividad que tiene el control de su enfermedad al reducir riesgos y la probabilidad de contraer complicaciones.

Barreras percibidas: Son actitudes negativas, obstáculos percibidos o reales que influyen en el paciente diabético para llevar su control y disminuir la probabilidad de la presencia de complicaciones.

Factores modificadores: Son las variables demográficas y estructurales del paciente con DMNID; demográficos: como son (edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad) Estructurales (tiempo de padecer la diabetes, conocimiento acerca de la enfermedad previo al contacto de la enfermedad).

Complicaciones: Son situaciones que desestabilizan al paciente con DMNID cuestionan planes, expectativas, hábitos, metas y la imagen de uno mismo; y pueden ser de carácter biológico (micro-macrovasculares) emocionales, sociales y laborales.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 El Modelo de Creencias de la Salud

El Modelo de Creencias de la Salud fue desarrollado a principios de la década de los 50s por Rosentock, Hochbbaum, y Kegles para proporcionar un marco de trabajo y explorar por que algunas personas que están libres de enfermedad emprenden acciones para evitarlas mientras que otras fracasan en realizar dichas acciones protectoras. En la época en que se formuló el modelo, la preocupación principal dentro de los sectores de salud pública y privada era el rechazo amplio de los individuos a recibir el examen médico de tuberculosis, el papanicolau para la detección del cáncer cervical, las inmunizaciones y otras medidas preventivas.

El modelo es visto potencialmente útil para predecir las conductas preventivas que llevaban a cabo los individuos, así como la ejecución de intervenciones que aumentan la practica de conductas preventivas o protectoras de la salud.

Los resultados de los primeros estudios apoyaron en forma parcial el potencial predictivo del Modelo de Creencias de Salud, y proporcionaron el ímpetu para refinar y probar el modelo.

Los componentes del modelo comprenden: percepciones individuales, factores modificadores y variables que afectan la probabilidad de iniciar la acción. Las percepciones individuales afectan directamente la predisposición de emprender una acción y las variables demográficas, socio-psicológicas y estructurales actúan como factores modificadores que afectan indirectamente las tendencias de la acción. Hochbaum, Leventhal Kegeles y Rosenstock (1984), formularon el modelo de

creencias de salud para ayudar a la explicación de una conducta preventiva, el modelo analiza una motivación del individuo, para actuar en función de la expectativa del logro de objetivos o en el área de conducta de salud.

Este modelo proporciona una perspectiva útil con las conductas de salud y tienen gran potencial educativo para las enfermeras de salud comunitaria, pues maneja gran variedad de problemas de salud existentes en los medios comunitarios.

El modelo se ha aplicado a diversos aspectos: la conducta de salud, de enfermedad y la del rol del enfermo con lo que puede ayudar a enfermería a obtener información útil a determinar estrategias creativas, individuales y relevantes para el cambio. En el modelo, la conducta de enfermedad es interpretado como cualquier actividad que lleva acabo una persona que cree que esta enferma con el propósito de definir su estado de salud y descubrir el remedio apropiado.

Los componentes del modelo se dividen en:

- I.- ***Percepciones Individuales.***
- II.- ***factores modificadores***
- III.- ***Variables que afectan la probabilidad de acción***

Ver esquema No 1.

I.- Percepciones Individuales:

Las percepciones individuales afectan directamente la predisposición de emprender la acción y son creencias acerca de la susceptibilidad y severidad personal.

Susceptibilidad Percibida.

Es la probabilidad estimada de los individuos de encontrarse con un problema específico de salud.

Severidad percibida.

La severidad percibida, es también llamada seriedad, se evalúa por la percepción de posibles consecuencias clínicas. (ejemplo: la muerte), por consecuencias sociales en donde los individuos creen que una condición dada de salud podría crearles implicaciones en el trabajo, escuela vida familiar y relaciones sociales.

II.- Factores Modificadores:

Los factores modificadores comprenden aquellos que podrían en un momento dado afectar las creencias del individuo por lo tanto influenciar de manera directa la predisposición a emprender una acción preventiva. Se clasifican en: Variables demográficas, socio-psicológicas y estructurales.

Variables Demográficas: Son factores inherentes de la persona como son sexo, edad, raza, estado civil, ocupación y escolaridad.

Variables Socio-psicológicas: Son factores como la clase social, influencias de grupos sociales y presión de amigos, familiares y conocidos.

Variables Estructurales: Como el conocimiento acerca de la enfermedad previo al contacto con la enfermedad.

III.- Variables que afectan la probabilidad de Acción:

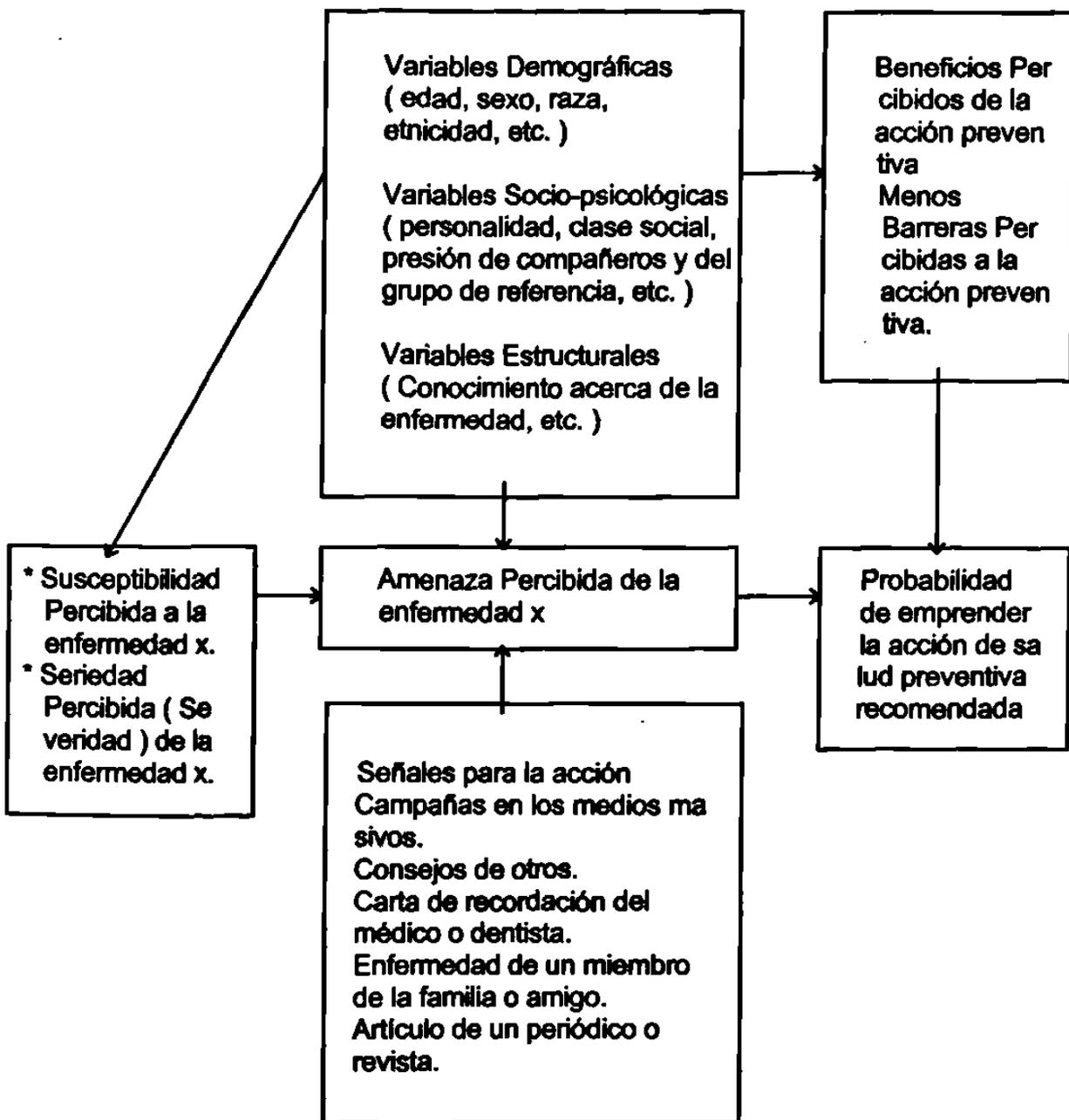
Beneficios Percibidos: Son creencias acerca de la efectividad de las diversas acciones preventivas recomendadas, evaluadas por el paciente como el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o severidad (amenaza de la enfermedad).

Barreras Percibidas: Son obstáculos reales o percibidos para llevar a cabo la conducta preventiva, medidos por la estimación del paciente del costo financiero del

Percepciones Individuales

Factores Modificadores

Probabilidad de Acción



El Modelo de Creencias de la Salud Rosenstock (1984)

(Esquema No. 1)

2.2 Adaptación del Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud, (MCS) permitirá conocer la susceptibilidad, severidad, beneficios y barreras del paciente con DMNID y la probabilidad de padecer complicaciones. Bajo el enfoque del (MCS) se trata de conocer si el paciente con DMNID percibe cierto grado de susceptibilidad y severidad a padecer complicaciones micro y macrovasculares emocionales sociales y laborales y si esto está afectado por los factores modificadores como son: edad, sexo, ocupación, estado civil, así como el tiempo de padecer la enfermedad.

En relación al incremento de la susceptibilidad percibida por el paciente con DMNID de contraer complicaciones se encuentran aquellos factores que tienen que ver en su estado de salud actual, salud de sus familiares directos así como la relación que mantenga con otros diabéticos que tienen complicaciones. Esto influye en la percepción de la severidad o preocupación de que éstas complicaciones traen consecuencias a su vida personal, familiar y laboral.

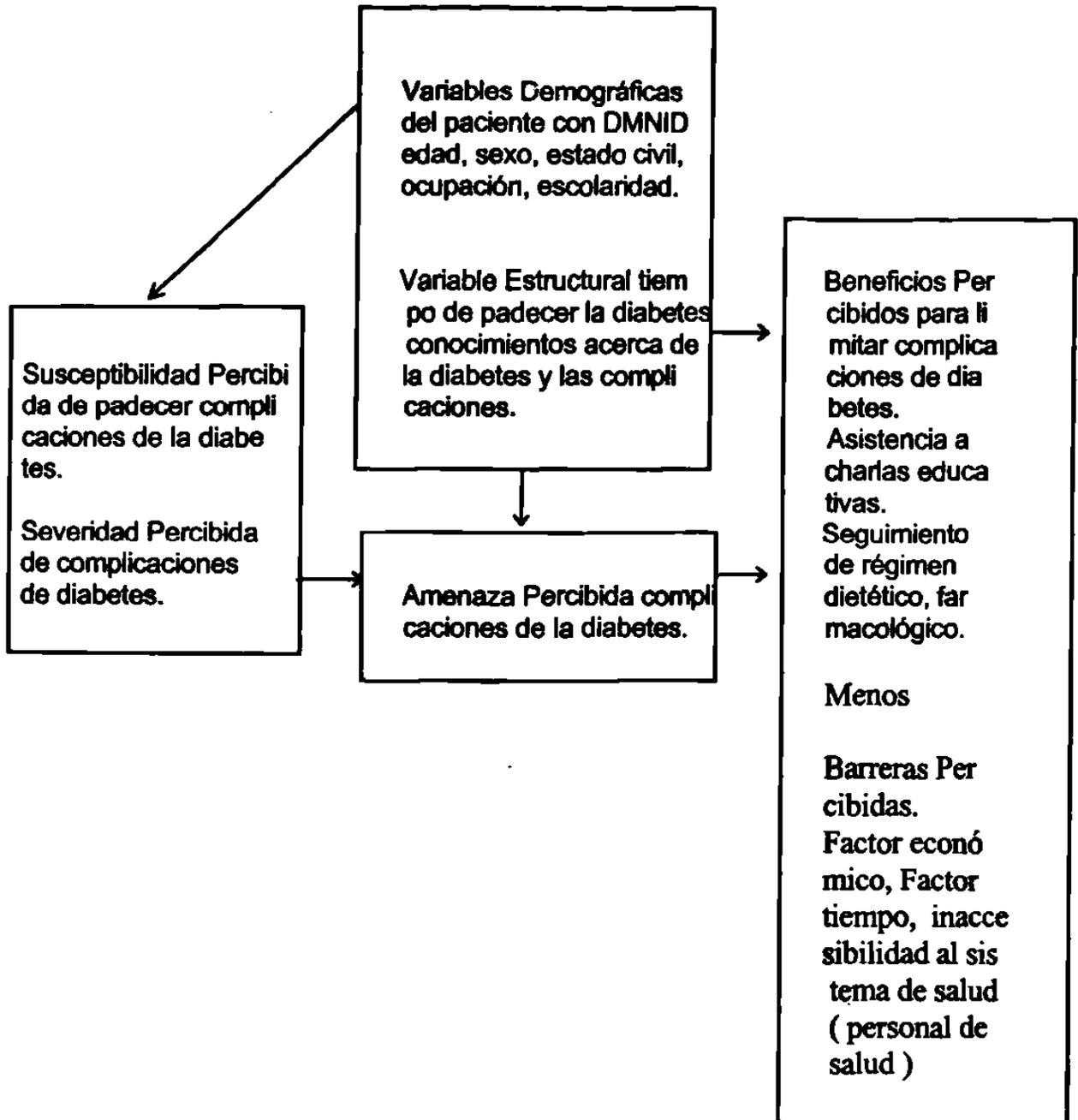
Por lo tanto las creencias son determinadas por el tipo de experiencias que tiene el paciente con DMNID, lo que a su vez determina la amenaza de tener complicaciones.

Es necesario lograr la convicción de que se adquieren beneficios al llevar un tratamiento adecuado y superar barreras a las que se enfrenta para limitar o retardar la presencia de complicaciones en el paciente con DMNID. Ver esquema No 2.

1) Percepciones Individuales

2) Factores Modificadores

3) Probabilidad de Acción



ADAPTACION EN CONTENIDO DEL MODELO DE CREENCIAS DE SALUD DE ROSENSTOCK (1984) PEDRAZA Y ALONSO (1997) (Esquema No. 2)

2.3 Estudios Relacionados

En este aspecto cabe señalar que el Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock solo se ha utilizado para estudiar el cumplimiento o control pero no con presencia de complicaciones en el paciente diabético por ello solo se presentan los siguientes estudios al respecto.

Fortin, F. (1996) estudió a pacientes amputados por D.M. y revisó la relación entre sus creencias con respecto a la enfermedad, tratamiento y autoevaluación de la adherencia al cumplimiento de conductas de autocuidado. Los resultados descriptivos demuestran un alto nivel de adherencia a la medicación, cuidados de los pies y examen de glucosa en sangre y niveles altos de cumplimiento para la dieta y ejercicio. El análisis correlacional revela una relación significativa entre la percepción del apoyo social y apego a la dieta y prácticas del ejercicio.

El análisis de regresión demostró influencia significativa de la percepción del apoyo social sobre la adherencia a la dieta. La misma relación fue observada por la influencia de la percepción del apoyo social y barreras sobre el cumplimiento para el ejercicio y remover las barreras de los pacientes después de una enseñanza que lo ayude a seguir un programa.

Bond Aiken GG y col. (1992) estudiaron la utilidad predictiva del modelo de creencias de salud, del apego a un régimen médico complejo y continuo en el contexto de una población joven con enfermedad crónica. En 56 adolescentes ambulatorios con DMNID, con edad promedio de 14 años, se examinó el modelo de creencias de salud de tres constructos amenaza percibida (susceptibilidad percibida combinada con severidad). Costo beneficio y señales para buscar

tratamiento. Se usaron además múltiples indicadores del cumplimiento y el control metabólico fué medido por hemoglobina glicosilada.

Los resultados mostraron que los constructos de costo beneficio y señales para la acción estuvieron relacionados con el cumplimiento en la dirección positiva esperada en la teoría. La amenaza percibida interactúa con los costos beneficios en la predicción del cumplimiento y las señales de acción con la predicción del control metabólico. Bond Aiken GG y Col. (1992).

También se observó que el cumplimiento más grande fué alcanzado con disminución de la amenaza percibida y aumento en el costo beneficio percibidos. El mal control metabólico estuvo asociado a una amenaza alta. A medida que aumentaba la edad disminuía el apego al ejercicio, en aplicación de la insulina y los componentes de frecuencia del régimen.

En un estudio descriptivo realizado por Polly (1993) se examinaron las relaciones entre las creencias de salud sobre la diabetes y la adherencia al régimen y control glicémico en 102 sujetos de edad avanzada con DMNID, se excluyeron a pacientes que habían sido hospitalizados en los últimos meses, pacientes con problemas renales o con alcoholismo. La adherencia al régimen de autocuidado de la diabetes se midió por medio del cuestionario de conductas de autocuidado y diabetes entre los componentes al régimen incluían la dieta y el ejercicio, la medicación oral y de insulina, el monitoreo de glucosa y el cuidado del pie.

Los resultados respecto a la adherencia fue que la conducta de autocuidado de la diabetes que con mayor frecuencia no recordaron los sujetos que habían sido instruidos fué el uso de una placa de alerta médica de identificación de diabético. Los otros componentes del régimen de tratamiento de autocuidado para diabetes como uso de insulina, dieta y cuidados etc. fueron recordados por un alto porcentaje de sujetos (92%).

El nivel de la educación se correlacionó significativamente con la adherencia del régimen ($r=0.38$; $p=0.0001$). Hubo evidencia de una asociación significativa entre el tipo de medicación (insulina, píldoras hipoglucémicas orales o ninguna) y el control glicémico ($15,35$; $P=0.0005$). Los pacientes que usaron insulina tuvieron una menor concentración de hemoglobina glicosilada (media= 6.10%), mientras que quienes tomaban hipoglucémiantes orales ($n=46$) tuvieron una concentración media de hemoglobina glicosilada de 8.34 porciento. Años después de la diagnosis de la diabetes se presentó una relación inversa significativa con el control glicémico ($r_s=-0.21$; $P=0.03$). (Poly, 1993)

Al examinar el cumplimiento con un régimen dietético para la diabetes mellitus, Alogan (1978) se enfocó en una sola dimensión del Modelo de Creencias de Salud (MCS): percepción de la severidad de la enfermedad, en donde 50 adultos diabéticos, obesos, no dependientes de insulina, que asistan a la clínica de diabetes de un importante hospital fueron seleccionados para el estudio, y fueron clasificados como cumplidores o no cumplidores de acuerdo a un conjunto de criterios que incluía pérdida anterior de peso y control de la glucosa en sangre.

La severidad se evaluó a través de un índice de la enfermedad mediante un cuestionario estandarizado de cumplimiento. Los resultados demostraron una diferencia significativa en severidad percibida. Los sujetos que cumplían veían su enfermedad como más seria (grave) que los sujetos no cumplidores. Los autores notaron que aunque los individuos en el grupo de cumplidores no tenían más complicaciones relacionadas con la diabetes eran más realistas acerca de las consecuencias de la enfermedad y por lo tanto estaban motivados a tomar acciones para controlar su problema.

Cerkoney y Hart (1974) entrevistaron a 30 diabéticos dependientes de insulina de 6 a 12 meses después de que estos pacientes habían asistido a clases de educación de diabetes en un hospital de la comunidad. Las creencias de salud fueron evaluadas a través de preguntas tomadas del Cuestionario Estandarizado de Cumplimiento, tres reactivos fueron utilizados para medir cada dimensión del Modelo de Creencias de Salud (MCS). Se empleó la observación directa y los autoreportes para medir el grado de adherencia al régimen en las áreas de administración de insulina, pruebas de orina, dieta, manejo de la hipoglucemia y cuidados de los pies. Un " puntaje total de cumplimiento" se construyó a través de éstas medidas, recibiendo los reactivos evaluados a través de la observación directa.

Los resultados obtenidos usando puntaje total de cumplimiento produjeron asociaciones positivas para cada uno de los componentes del MCS. La correlación de severidad percibida obtuvo significancia estadística, además los investigadores también calcularon un puntaje total de MCS a través de todas las medidas del MCS y la correlación entre ese puntaje y el puntaje total de cumplimiento fué de .50.

Por otro lado se estudió el cumplimiento del régimen de la diabetes y fue llevado a cabo por Harris y Col (1978) quienes estudiaron 50 hombres con DMNID, reclutados de las clínicas pacientes externos en un Centro de Administración Médica para Veteranos. Cada sujeto fué entrevistado por una enfermera que obtuvo información basada en 5 áreas de la conducta: uso de medicamentos: cumplimiento de la dieta, pruebas de orina; ejercicio y cuidado de los pies. También se obtuvieron cuatro mediciones fisiológicas derivadas de muestras de orina y sangre. Tanto las medidas conductuales como fisiológicas se clasificaron en escalas de 4 puntos.

Se obtuvieron correlaciones significativas entre: susceptibilidad y cumplimiento de la dieta; beneficios y ejercicio; y barreras y uso de medicamentos. Para las medidas fisiológicas, ocurrieron asociaciones significativas entre: susceptibilidad y la glucosa de hemoglobina y en orina; severidad y glucosa en ayunas; y beneficios y un puntaje compuesto calculado a través de las cuatro medidas.

Las limitaciones del estudio incluyen un diseño retrospectivo, un enfoque sobre una muestra de sujetos pequeña, no aleatoria (todos veteranos) y el uso de un puntaje compuesto cuyo esquema de peso no es explicado. También, la operacionalización del estudio de claves para la acción parece contener un reactivo (mas sudoración extrema (necesaria) para buscar ayuda medica) que de manera más tradicional sería vista como una medida de severidad (éste reactivo correlacionó fuertemente con el uso de medicamentos).

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1. Diseño del Estudio

El diseño del estudio fué Descriptivo y Correlacional (Polit, 1994)

3.2 Universo

El universo de estudio estuvo conformado por pacientes con DMNID residentes del área de influencia de un centro de salud comunitario del primer nivel del área metropolitana de Monterrey en el estado de Nuevo León.

3.3 Plan de Muestreo y Muestra

La Muestra fué no probabilística, del total de la población de 250 pacientes solo se estudiaron los que reunían los criterios de inclusión se obtuvo del listado de pacientes que acuden a consulta al centro de salud de una comunidad de estrato económico medio y bajo. La muestra fué de 180 pacientes considerando que esta es representativa en el tiempo.

3.4 Criterios de Selección

a). De Inclusión:

- . Pacientes con diagnóstico médico de DMNID
- . Con edad de 25 y más años.

- . Que vivan en el área de influencia del centro de salud comunitario de primer nivel.
- . Ambos sexos.
- . De estrato económico medio - bajo.
- . Con más de 5 años de padecer la enfermedad.

3.5 Material

Para la recolección de la información del estudio se elaboraron dos instrumentos por la autora del estudio. Previo al diseño de los instrumentos se realizó la operacionalización de las variables a partir de las hipótesis y variables a estudiar. (ver Apéndice A)

1.- El primer instrumento llamado Creencias de las Percepciones Individuales en el paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes (CPIPDMNI.D) consta de dos partes la primera contiene 6 preguntas cerradas sobre los factores modificadores que incluyen la edad, el sexo, ocupación, estado civil y escolaridad; y dentro de los factores estructurales se encuentran el tiempo de padecer la DMNID y el conocimiento sobre la enfermedad antes de padecerla. la segunda es una escala de tipo Likert con cuatro niveles cada uno de ellos con un valor menor de cero y el número 3 para el puntaje de mayor valor (Ver Apéndice B), donde se valoran las variables de.

Factores Modificadores (6 preguntas de la 1 a la 6)

Percepciones Individuales (11 preguntas de la 11 a la 21)

Susceptibilidad Percibida: (6 preguntas de la 11 a la 16)

Severidad Percibida: (5 preguntas de la 17 a la 21)

Beneficios : (9 preguntas de la 22 a la 30)

Barreras: (5 preguntas de la 31 al 35)

A continuación se presenta la consistencia interna del instrumento medido a través del coeficiente Alpha de Cronbach

Tabla 1

CARACTERISTICAS Y ALPHA DE CRONBACH DE LAS SUBESCALAS Y ESCALA TOTAL DEL CPIPDMNID

SUB-ESCALAS ESCALA TOTAL	REACTIVOS	REACTIVOS ESCALA TIPO LIKERT 0- 3	ALPHA DE CRONBACH
Susceptibilidad Percibida	11,12,13,14,15,16	6	.7430
Severidad Percibida	17,18,19,20,21,	5	.6539
Beneficios	22,23,24,25,26,27,28,29,30	9	.6732
Barreras	31,32,33,34,35	5	.4344
Escala Total CPIPDMNID	11-35	25	.7732

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

La consistencia interna del instrumento CPIPDMNID estuvo dado por el valor del Alpha de Cronbach de .7732 como se muestra en la tabla No. 1. Esta se considera aceptable, sin embargo la subescala de barreras fué de .4344.

II.- El segundo instrumento llamado **Complicaciones del Paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente(CPDMNID)** valora las complicaciones del paciente con DMNID consta de 16 preguntas no estructuradas que corresponden a las complicaciones de tipo (micro-macrovasculares, emocionales, sociales y laborales) así como de los internamientos.

3.6. Procedimiento

El estudio se realizó en las colonias del área de influencia de un centro de salud comunitario, del área metropolitana de Nuevo León, en pacientes con DMNID, en los meses de marzo a junio del presente año. Para la realización de este estudio se solicitó autorización por escrito a la Dirección del Programa UNI/UANL y de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 en la Secretaría Estatal de Salud, así como a los coordinadores del Centro de Salud. Fué necesario establecer una buena comunicación entre los entrevistadores y entrevistados con el objetivo de asegurara la confiabilidad de la información .

Al aplicar el cuestionario se solicitó la colaboración en forma voluntaria del sujeto de estudio y se le explicó el objetivo de estas así como todos los aspectos relacionados con la ética de acuerdo a la Ley General de Salud y los Derechos Humanos. Para la realización del estudio se revisó el plano del área de influencia seleccionadas para ubicar los sujetos de estudio por manzanas y señaladas en base a diseño muestral .

Se realizó una prueba piloto en 30 pacientes de una colonia con características similares a las del estudio para conocer la claridad de las preguntas, el tiempo

de llenado del instrumento y aplicar la prueba de Alpha de Cronbach para conocer la consistencia interna.

Posteriormente se realizaron los ajustes para la aplicación definitiva del instrumento en la investigación. El levantamiento de datos se hizo en el domicilio de los pacientes con un promedio de 3 entrevistas.

Posterior a la aplicación de los cuestionarios se revisaron que estuvieran completos y se codificaron por el investigador, el procesamiento de datos se realizó por medios electrónicos. Para la captura de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statical Pckage for the Social Science) en donde se obtuvieron los datos descriptivos, como frecuencias, proporciones e índices, así como la prueba de normalidad de Kolomogorov Smimov. Se calcularon estadísticas de correlación de Spearman y La Prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

3.7 Ética del Estudio

En el presente estudio se tomó en consideración los criterios propuestos en las disposiciones generales en materia de investigación en la Ley General de Salud .

De acuerdo al artículo 113 del título sexto, se solicitó autorización por escrito a la Jurisdicción Sanitaria No.4 de la Secretaría Estatal de Salud. Así mismo a los Coordinadores del Centro de Salud Comunitario.

En base a las disposiciones de la Ley General de la Salud título o Segundo Capitulo I artículo 13 fracción V, se contó con el consentimiento informado por escrito y que tuvo la capacidad de libre elección y no tuvo coacción alguna.

Se respetó el Artículo 13 el cual dice que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar, para ello se protegió la privacidad del sujeto de estudio y no se identificó sus respuestas de manera personal, se considera una investigación sin riesgos, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables físicos, psicológicos y sociales del sujeto de acuerdo al artículo 17.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados se reportan en tres apartados y corresponden a:

- 1) Datos descriptivos, 2) Análisis Estadísticos que incluye: Estadísticas descriptivas, datos correlacionales, Prueba de Kolomogorov Smirnov y estadísticas inferenciales: Prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.
- 3) Comprobación de hipótesis.

4.1 Datos Descriptivos

Los datos descriptivos que corresponden a los factores modificadores (demográficos y estructurales) de la población estudiada con DMNID son: edad, sexo, ocupación, estado civil, tiempo de padecer la diabetes e información antes de padecer la enfermedad, se reportan en las tablas y figuras correspondientes. Posteriormente se presentan tablas y figuras que muestran los datos correlacionales e inferenciales.

4.1 Datos Descriptivos

TABLA 2

FACTORES DEMOGRAFICOS DE LA POBLACION CON DMNID

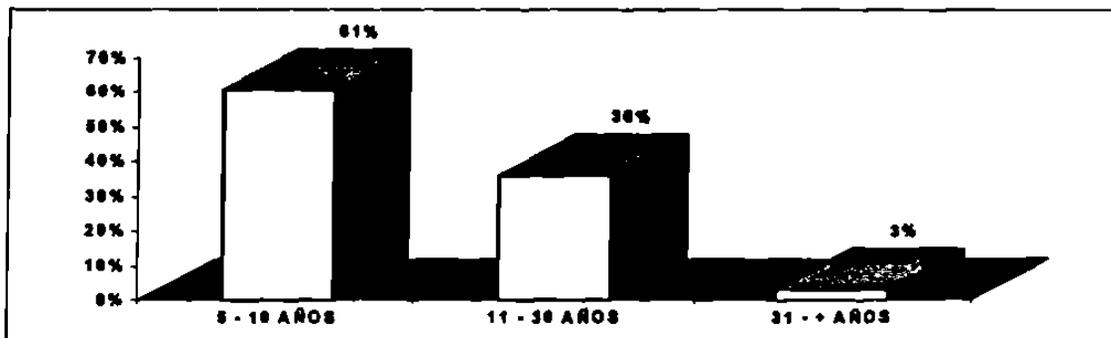
FACTORES DEMOGRAFICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad		
25 - 44	13	7
45 - 64	120	67
65 a mas años	47	26
Sexo		
Masculino	45	26
Femenino	135	75
Ocupación		
Remunerado	50	28
No Remunerado	130	72
Escolaridad		
Sin escolaridad	55	31
Primaria y Secundaria	122	67
Técnica y Profesional	3	2

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la tabla 2 se muestra que el 67 por ciento de la población estudiada tiene entre 45 y 64 años de edad, el 75 por ciento de los pacientes fueron del sexo femenino, en cuanto a la ocupación se encontró que el 72 por ciento tiene ocupación no remunerada y el 67 por ciento tiene primaria y secundaria.

FIGURA 1
TIEMPO DE PADECER LA DIABETES



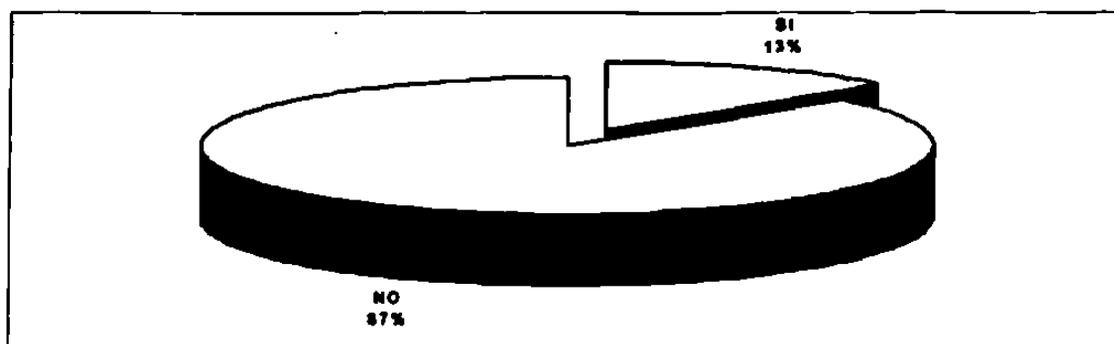
Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En cuanto al tiempo de padecer la enfermedad se puede observar en la figura 1 que el 61 por ciento pertenece a aquellos pacientes que tienen entre 5 y 10 años, el 36 por ciento tienen entre 11 y 30 años y el 3 por ciento tiene más de 31 años de padecer la DMNID.

FIGURA 2

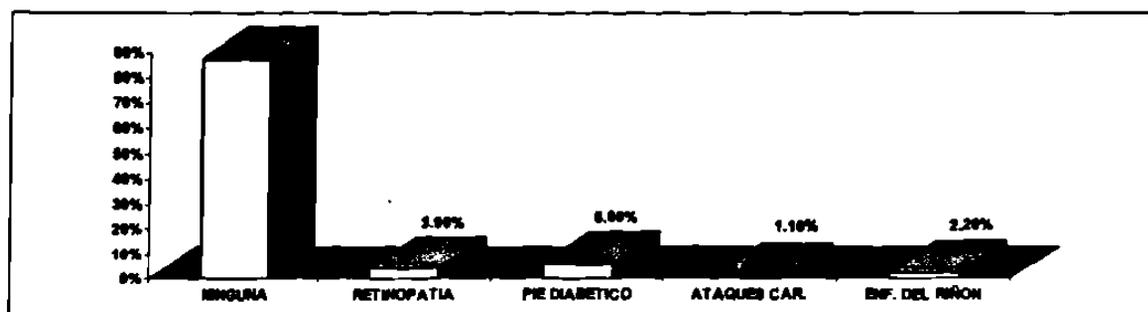
INFORMACION SOBRE LA DIABETES PREVIO AL INICIO DE LA DMNID



Fuente Directa (CPIPDMNID)

n=180

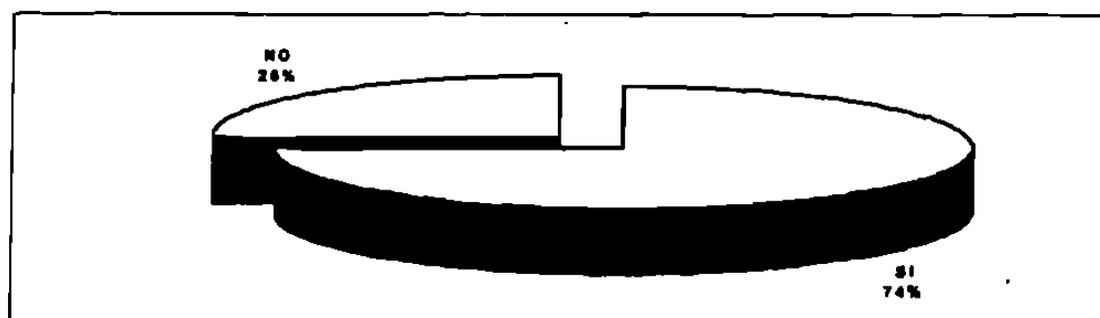
Respecto a los pacientes que tenían información sobre la diabetes antes de padecerla se encontró que el 13 por ciento sí la tenía y el 87 por ciento no contaba con ella según se muestra en la figura 2.

FIGURA 3**CONOCIMIENTO DE LA POBLACION SOBRE COMPLICACIONES PREVIO A PADECER LA DMNID**

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

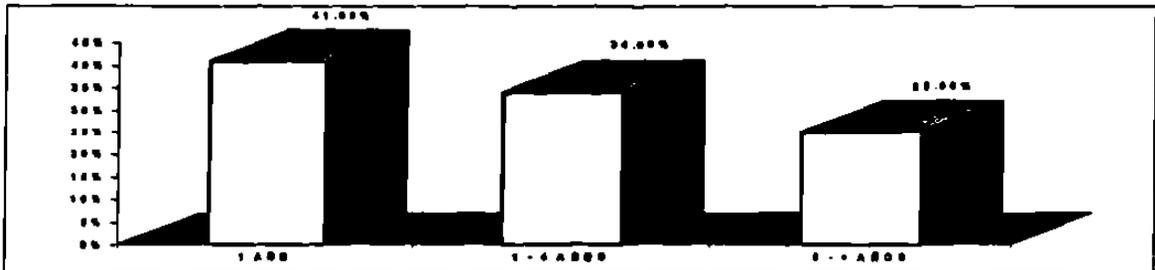
En cuanto a las complicaciones que el paciente conocía antes de padecer la DMNID se encontró que el 87.20 por ciento no conocía ninguna y el conocía que los ataques cardiacos eran una complicación según se muestra en la figura 3.

FIGURA 4**PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN LA POBLACION ESTUDIADA**

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

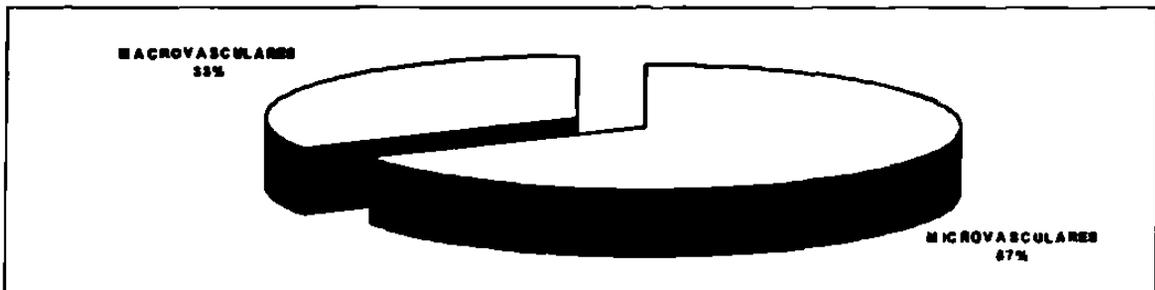
El 74 por ciento de los pacientes ha presentado complicaciones a causa de la diabetes y el 26 por ciento no ha presentado según se observa en la figura 4.

FIGURA 5**TIEMPO DE DIAGNOSTICADAS LAS COMPLICACIONES DE DMNID**

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=134

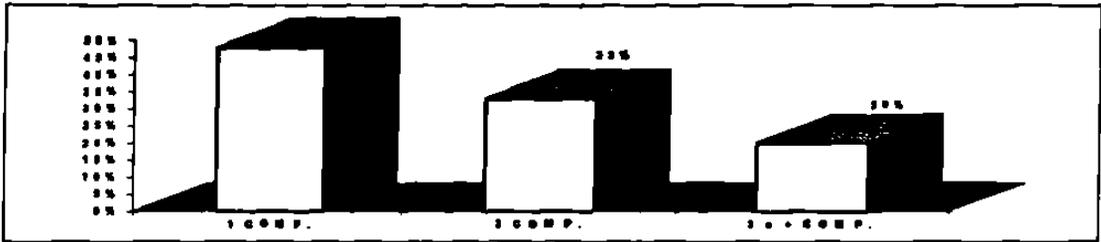
En cuanto al tiempo de diagnosticadas las complicaciones por la diabetes se encontró que el 41 por ciento tenía menos de 1 año de padecerlas, el 34 por ciento de 1 a 4 años, y el 25 por ciento de 5 a más años.

FIGURA 6**COMPLICACIONES DIAGNOSTICADAS MAS FRECUENTES EN LA POBLACION CON DMNID**

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=134

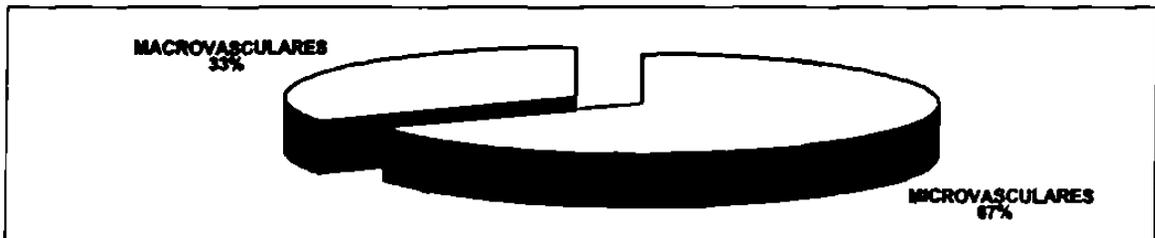
Respecto a la figura 6 se encontró que el 67 por ciento presenta complicaciones microvasculares diagnosticadas, dentro de las cuales cabe señalar que el primer lugar lo ocupa la retinopatía diabética con un 40 por ciento; y el 33 por ciento le corresponde a las complicaciones macrovasculares.

FIGURA 7**NUMERO DE COMPLICACIONES DIAGNOSTICADAS EN LA POBLACION CON DMNID**

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=134

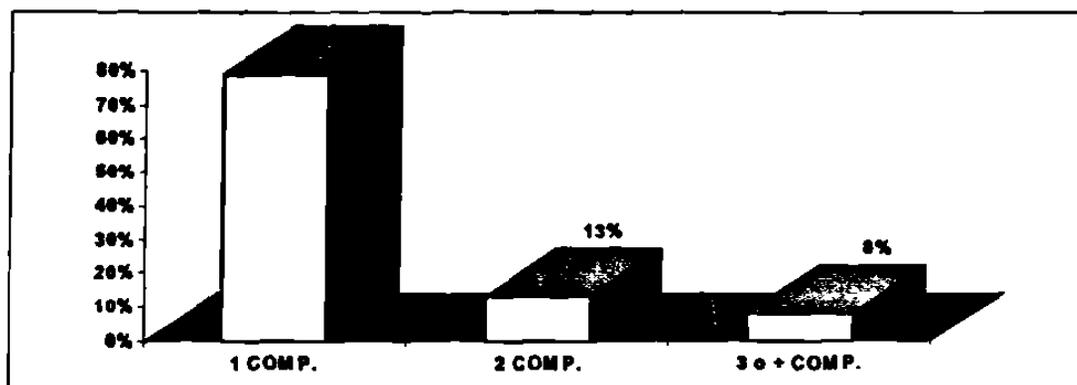
Con respecto al número de complicaciones diagnosticada a causa de la DMNID se detectó que el 48 por ciento ha tenido 1 complicación y el 20 por ciento ha tenido mas de 3 complicaciones según se observa en la figura 7.

FIGURA 8**TIPO DE COMPLICACIONES QUE MOTIVO EL INTERNAMIENTO EN LA POBLACION CON DMNID**

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=82

En cuanto a los internamientos se encontró que el 67 por ciento había sido internado por complicaciones micro vasculares; y la causa principal fué hiperglicemia y cetoacidosis diabética y el de menor internamiento fué para complicaciones macrovasculares que corresponde al 33 por ciento como lo muestra la figura 8.

Figura 9**FRECUENCIA DE INTERNAMIENTO POR COMPLICACIONES EN LA POBLACION CON DMNID****Fuente Directa: (CPDMNID)****n=82**

De acuerdo a la información que arrojó los cuestionarios se encontró que el 79 por ciento de la población han sido internados 1 vez y el 8 por ciento han sido internados mas de 3 veces según la figura 9.

TABLA 3**COMPLICACIONES EMOCIONALES REFERIDAS POR LA POBLACION ESTUDIADA**

EMOCIONALES	SI	%	NO	%
Cambio de conducta a causa de la diabetes.	99	55	81	45
Cambios en su vida de pareja	47	26	133	74
La familia, los vecinos dicen que tiene cambios de conducta	28	15.6	152	84.4
Se siente mas deprimido	101	56.1	79	43.9

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=180

Dentro de los problemas emocionales que refirieron la población estudiada 56 por ciento señaló tener depresión y el 55 por ciento cambios de conducta. El resto 43 por ciento y 45 por ciento señaló no tener problemas en éste sentido según muestra la tabla 3.

TABLA 4**COMPLICACIONES SOCIALES REFERIDAS POR LOS DIABETICOS A CAUSA DE LA ENFERMEDAD**

COMPLICACIONES	SI	%	NO	%
Rechazo de la gente por tener diabetes	5	2.8	175	97.2
Problemas para comunicarse con las personas	27	15	153	85
Problemas sociales con la familia	49	27.2	131	72.8
Se priva de acudir a reuniones sociales	57	31.7	123	68.3

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=180

En relación a las complicaciones sociales de la población con DMNID se encontró que el 31.7 por ciento refiere privarse de acudir a reuniones sociales, el señala problemas familiares de índole social, el resto 68.3 por ciento y el 72.8 respectivamente refieren no tener complicaciones sociales según la tabla 4.

TABLA 5**COMPLICACIONES LABORALES REFERIDAS POR LA POBLACION CON DMNID**

COMPLICACIONES	SI	%	NO	%
Pérdida y cambio de trabajo	13	7	167	93
Presencia de amputaciones	13	7	167	93
Disminución en el rendimiento del trabajo.	113	62	67	38

Fuente Directa: (CPDMNID)

n=180

De acuerdo a las complicaciones laborales encontró que el 62 por ciento refiere tener disminución en el rendimiento de trabajo, y el 38 por ciento no; el 7 por ciento señala que no ha tenido pérdida y cambio de trabajo así como presencia de complicaciones y 93 por ciento reportó no tener esas complicaciones laborales según la tabla 5.

4.2 Análisis

4.2.1 Estadísticas Descriptivas

TABLA 6

MEDIDAS DESCRIPTIVAS RELATIVAS A CPIPDMNID A PERSONAS CON DMNID

VARIABLE	VALOR MINIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MAXIMO	DESVIACION ESTANDARD
Susceptibilidad Percibida	.00	80.55	74.41	100	23.48
Severidad Percibida	20.00	93.33	85.48	100	17.35
Beneficios	55.55	100	96.11	100	7.36
Barreras	13.33	73.33	70.07	100	18.06

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la tabla 6 se observa que el valor mínimo más alto fue para beneficios (55.55) y el de mas bajo para susceptibilidad percibida (.00); en cuanto a la media la más alta fue para beneficios (96.11) y la más baja para barreras (70.07). La mayor variabilidad la obtuvo susceptibilidad percibida (23.48) y la menor variabilidad la obtuvo beneficios (7.36) todas las variables tuvieron el mismo valor máximo de 100.

TABLA 7**RESULTADOS DE LA PRUEBA DE KOLOMOGOROV - SMIRNOV DE LOS INDICES DEL INSTRUMENTO DEL ESTUDIO**

INDICES	MEDIA	D. E.	K-SZ	VALOR DE P
Barreras Percibidas	70.07	18.06	1.5317	.0183
Beneficios Percibidos	96.11	7.36	4.0847	.0000
Susceptibilidad Percibida	85.48	17.34	2.7148	.0000
Severidad Percibida	74.41	23.48	1.9850	.0008

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

La tabla 7 muestra que todos lo Índices fueron significativos, es decir se rechaza la hipótesis nula de que el índice tiene distribución normal con un alpha igual a 0.005.

En la tabla 8 se muestran correlaciones positivas en la mayoría de las variables las que fueron significativas se señalan a continuación:

- a) Severidad con Barreras ($r_s=.2211$, $p=.003$), Susceptibilidad y Barreras ($r_s=.2865$, $p=.000$), Susceptibilidad y Beneficios ($r_s=.2281$, $p=.002$), Susceptibilidad y Severidad ($r_s=.4400$, $p=.000$), Tiempo de padecer la diabetes con susceptibilidad ($r_s=.1700$, $p=.023$), Frecuencia de complicaciones y Edad ($r_s=.1663$, $p=.026$), Frecuencia de internamientos y Edad ($r_s=.1632$, $p=.029$), Frecuencia de complicaciones y Tiempo de padecer la diabetes ($r_s=.3273$, $p=.000$), Frecuencia de internamiento y Tiempo de padecer la enfermedad ($r_s=.2738$, $p=.000$), Frecuencia de internamiento y Frecuencia de complicaciones ($r_s=.6701$, $p=.000$)
- b) Las correlaciones negativas significativas fueron para Edad con Barreras ($r_s=-.1941$, $p=.009$), y Escolaridad con Edad ($r_s=.4151$, $p=.000$). A continuación se presentan estadísticas inferenciales por medio de la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis.

4.2.3 Estadísticas Inferenciales

Tabla 9

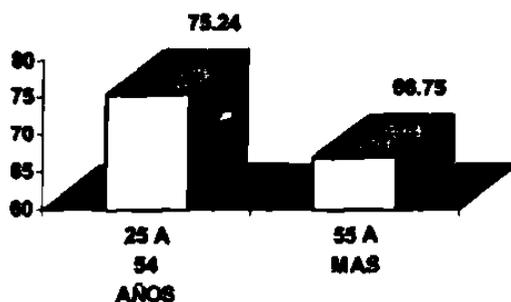
RESULTADOS DE LA PRUEBA KRUSKAL WALLIS PARA LAS COMBINACIONES DE (CPIPDMNID) DE LA POBLACION CON DMNID

FUENTE DE VARIACION	BARRERAS PERCIBIDAS X^2	VALOR DE P
Edad	10.7069	.0011
Sexo	0.0597	.8069
Estado Civil	8.4196	.0037
Edad - Sexo	0.0198	.8881
Edad - Estado Civil	6.1651	.0130
Sexo - Estado Civil	4.8459	.0277
Edad-Sexo-Estado Civil	4.1781	.0410

Fuente Directa (CPIPDMNID)

n=180 G.L=1

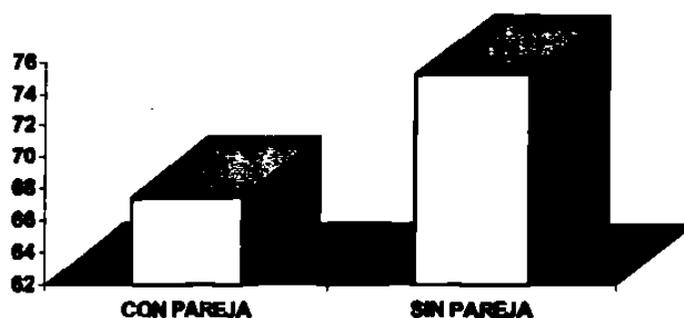
En la tabla 9 se muestra la significancia de las fuentes de variación de las combinaciones que son edad, sexo y estado civil con barreras percibidas ($X^2=10.7069$, $p=.0011$); Estado Civil ($X^2=8.4196$, $p=.0037$), Edad y Estado Civil ($X^2=6.1651$, $p=.0130$); Sexo y Estado civil ($X^2=4.8459$, $p=.0277$); Edad, Sexo y Estado Civil ($X^2=4.1781$, $p=.0410$). Esta dimensión del modelo fué la única que mostró significancia. Por lo que a continuación se presentan resultados sobre barreras con las distintas combinaciones anteriormente presentadas.

FIGURA 10**LA EDAD DE LA POBLACION CON DMNID Y BARRERAS**

Fuente directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la figura 10 se observa que la edad mas alta fue para 25 a54 años (M=75.24) y el valor mas bajo fué para la edad de 55 a mas años (M=66.75).

FIGURA 11**EL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION CON DMNID Y BARRERAS**

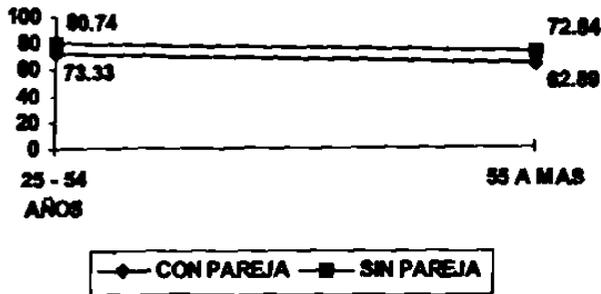
Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la figura 11 se observa que el estado civil sin pareja fué de (M=75.19) y el valor mas bajo fué para el estado civil con pareja (M=67.41).

FIGURA 12

COMBINACION EDAD, ESTADO CIVIL Y BARRERAS



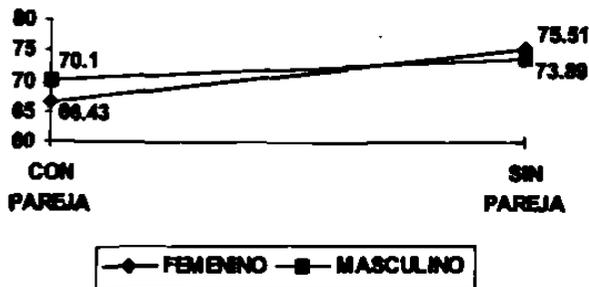
Fuente directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la figura 12 se observa que la media mas alta fué de (80.74) y la obtuvo la combinación edad de 25 a 54 años sin pareja y la media mas baja fué de (62.89) y corresponde a la edad de 55 a mas años.

FIGURA 13

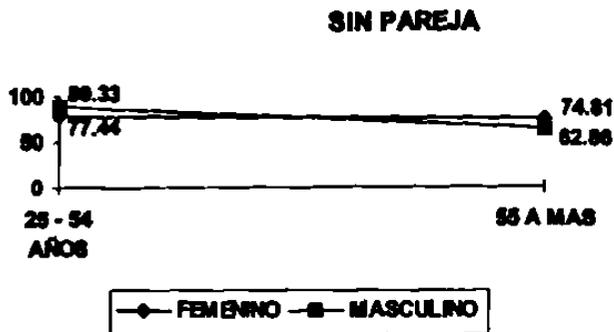
COMBINACION SEXO, ESTADO CIVIL Y BARRERAS



Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

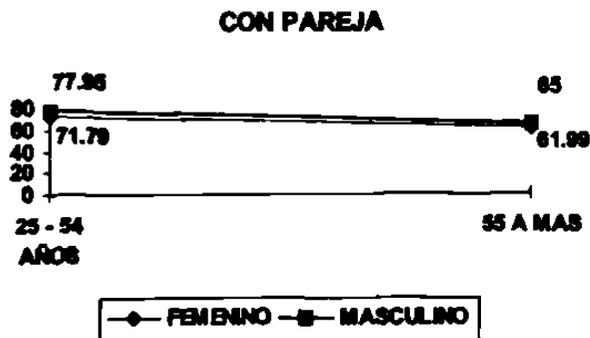
En la figura 13 se observa que la media mas alta la obtuvo la combinación de sexo femenino sin pareja (M=75.51) y la media mas baja corresponde al sexo femenino con pareja (M=66.43).

FIGURA 14**COMBINACION EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL SIN PAREJA CON BARRERAS**

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la figura 14 se observa que la media mas alta la obtuvo la combinación edad de 25 a 54 años con sexo masculino (89.33), y la media mas baja corresponde a la edad de 55 a mas años en el sexo masculino (62.86).

FIGURA 15**COMBINACION EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL CON PAREJA Y BARRERAS**

Fuente Directa: (CPIPDMNID)

n=180

En la figura 15 se observa que la media mas alta la obtuvo la combinación edad de 25 a 54 años de sexo masculino (77.95), y la media mas baja corresponde a la edad de 55 55 a mas años en el sexo femenino (61.99).

4.2.4 Prueba de hipótesis

Para probar las hipótesis se utilizó en el coeficiente de correlación de Spearman

HIPOTESIS 1. Los factores modificadores del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

En relación a los factores modificadores del paciente con DMNID y la presencia de complicaciones se encontró solamente asociación entre la variable edad con frecuencia de complicaciones ($r_s=.1663$, $p=.026$), también se mostró correlación positiva y significativa entre la edad y la frecuencia de internamientos del paciente por complicaciones de la DMNID ($r_s=.1632$, $p=.029$). Por lo que se rechaza parcialmente la hipótesis nula.

HIPOTESIS 2 Las percepciones individuales del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones

Al correlacionar las percepciones individuales (susceptibilidad y severidad percibida) con la presencia de complicaciones se encontró, que no existe asociación significativa en la susceptibilidad y complicaciones ($r_s=.1355$, $p=.070$) y severidad con complicaciones ($r_s = -.0539$, $p=.473$) por consiguiente se acepta la hipótesis nula.

HIPOTESIS 3 Los beneficios y barreras identificados por el paciente con DMNID en control de su enfermedad se relacionan con la presencia de complicaciones.

A este respecto se encontró que no existe asociación positiva y significativa entre las variables beneficios y presencia de complicaciones ($r_s=.0591$, $p=.430$) y

barreras con presencia de complicaciones ($r_s=.0770$, $p=.304$) , por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

CAPITULO 5

DISCUSION

Este estudio se realizó para identificar la relación entre las variables del Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock y la presencia de complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes (DMNID) se utilizó un muestreo por conveniencia en el tiempo, los resultados obtenidos sustentan congruencia entre los conceptos de severidad y barreras ($r_s=.2211$, $p=.003$), susceptibilidad y barreras ($r_s=.2865$, $p=.000$), susceptibilidad y beneficios ($r_s=.2281$, $p=.002$), susceptibilidad y severidad ($r_s=.4400$, $p=.000$). En este sentido Rosenstock en 1984 señala que la susceptibilidad y la severidad son percepciones que influyen en la toma de decisiones para emprender acciones preventivas o de control. Beneficios y barreras son conceptos periféricos que también influyen en las decisiones de tal manera que éstos conceptos están relacionados entre sí, como se muestra en algunos conceptos de éste estudio. Las variables tiempo de padecer la diabetes y la susceptibilidad mostró un ($r_s=.1700$, $p=.023$) esto significa que a medida de que aumenta el tiempo de padecer la DMNID existe mayor susceptibilidad de sufrir complicaciones, esto coincide con Esparza (1994) donde señala que la susceptibilidad se aumenta en la medida de que se percibe mayor riesgo de enfermarse e incluso de morir. Al relacionar la edad con la frecuencia de complicaciones se obtuvo ($r_s=.1663$, $p=.026$) esto significa que a medida que aumenta la edad existen mayores probabilidades de padecer complicaciones, edad y la frecuencia de internamiento

mostró también asociación ($r_s=.1636$, $p=.029$). Así mismo entre la frecuencia de complicaciones y tiempo de padecer la DMNID obteniéndose una ($r_s=.3263$, $p=.000$).

En cuanto al tiempo de padecer la diabetes y la frecuencia de internamientos se observó una ($r_s=.2738$, $p=.000$). (Angulo 1996) reporta que las complicaciones mas frecuentes de la DMNID fué en ambos sexos, ocupando la neuropatía el 84.4 por ciento seguida de la retinopatía con el 43.3 por ciento y en pacientes de más de 16 años fué mayor a 90. El porcentaje con complicaciones crónicas, se comprobó que a mayor tiempo de evolución aumente el porcentaje de omplicaciones micro-macrovasculares lo que coincide con resultados del presente estudio.

En relación con la edad de la población estudiada se encontró que el 67 por ciento de ellos tenían entre 45 a 64 años, el 75 por ciento del sexo femenino ésto coincide con lo reportado por Rodríguez V. Martínez (1994) que es un estudio sobre frecuencia y oportunidad del diagnóstico de retinopatía diabética en que se observó que la edad oscilaba entre 55.4 años, el 62 por ciento eran del sexo femenino en éstos mismos pacientes se encontró que el 42 por ciento de ellos tenían retinopatía diabética.

En relación con la ocupación se encontró que solo el 28 por ciento de ellos tenían actividad remunerada, el 72 por ciento fué actividad no remunerada esto coincide con resultados de Valadez (1993) quien encontró en su estudio influencia de la familia en el control metabólico de la diabetes mellitus que el 72 por ciento de los pacientes estudiados tenían trabajo no remunerado dado que

su mayoría eran mujeres que se dedicaban al hogar situación similar al de éste estudio.

En relación a la escolaridad se encontró que el 31 por ciento no tenían escolaridad, en éste sentido Valadez (1993) también encontró que el 57 por ciento de su estudio no tenían escolaridad lo que dificultaba la comprensión de los problemas derivados del mal control metabólico.

En relación al tiempo de padecer la diabetes en este estudio se observó que los pacientes tenían entre 5 y 10 años de padecerla, también en su estudio Valadez (1993) observó una situación similar, ya que el 61 por ciento de la población que estudió tenía entre 5 y 10 años de padecer la enfermedad. El tiempo de padecer la enfermedad se asocia con la presencia de complicaciones Rodríguez V. (1993) encontró que al tener una evolución de la diabetes de 8 años se incrementaba la probabilidad de padecer la retinopatía diabética.

También (Angulo 1996) encontró que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad se aumentaba la frecuencia de neuropatías, generalmente después de los 5 años de haber sido diagnosticado éste problema.

En relación con la frecuencia de complicaciones en este estudio se encontró que el 74 por ciento de la población estudiada ha presentado éste problema a causa de las complicaciones generalmente las de tipo microvasculares 67 por ciento tales como retinopatía, nefropatía e hiperglicemia y cetoacidosis diabética. Esto coincide con lo encontrado por los resultados de (Angulo 1996) quien resalta que a mayor tiempo de evolución existe mayor frecuencia de complicaciones microvasculares.

En relación con la complicación de tipo emocional se encontró que el 56.1 por ciento de los pacientes estudiados se sentían deprimidos y el 55 por ciento de ellos reconocen cambios en su conducta esto coincide con Esparza (1997) quien encontró en su estudio que el 3.3 por ciento padecía depresión, y el 74 por ciento cambios de conducta.

En relación a complicaciones sociales el 31.7 por ciento de los pacientes estudiados reportaron privarse de acudir a reuniones sociales, el 27.2 refirieron tener problemas sociales con la familia a causa de la diabetes, esto coincide con lo reportado de Phipps W. (1988) de que ha observado que éstos pacientes tienen problemas con la familia a causa de la depresión y cambios de conducta y disminución de la autoestima, finalmente las complicaciones laborales observadas en este estudio el 62 por ciento de la población estudiada señaló que su rendimiento ha disminuido en su trabajo a causa de la diabetes. Probablemente ésta disminución del rendimiento esté asociado con las complicaciones sobre todo de tipo microvascular.

Al realizar la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis se encontró efecto entre las combinaciones de edad, estado civil y sexo con barreras ($p=.0410$) esto coincide con lo señalado por (Rosenstock 1988) quien menciona que los factores modificadores como la edad sexo y estado civil intervienen para emprender o no conductas preventivas de salud.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados de la población estudiada se aceptó parcialmente la hipótesis nula número uno, dado que algunos factores modificadores se relacionaron con la presencia de complicaciones en los pacientes con DMNID como la edad, y el factor estructural de el tiempo de padecer la diabetes. En cuanto a la edad al correlacionarla con la presencia de complicaciones mostró ($r_s=.1632$, $p=.029$) y el tiempo de padecer la diabetes con ($r_s=.1700$, $p=.023$).

No se encontró asociación positiva ni significativa entre las variables percepciones individuales (susceptibilidad y severidad percibida) con la variable dependiente presencia de complicaciones, de igual forma tampoco se encontró asociación entre beneficios y barreras con la presencia de complicaciones.

En relación con los factores modificadores de la población estudiada con DMNID se observó que el 67 por ciento tenían de 45 a 64 años de edad, el 75 por ciento del sexo femenino, el 26 por ciento tenían trabajo remunerado y el 31por ciento no tenían escolaridad.

En relación con el perfil de las complicaciones de la población estudiada se encontró que el 76 por ciento padece complicaciones y el 26 no las presenta. De los que presentaron complicaciones el 61 por ciento tenían entre 5 y 10 años de padecer la enfermedad, y el 41 por ciento de ellos tenían un año de que se las habían diagnosticado.

Las complicaciones mas frecuentes observadas fueron las de tipo microvasculares (67 por ciento) y macrovasculares (33 por ciento). El 56 por ciento de los pacientes se sienten deprimidos, el 31.7 por ciento refieren privarse de acudir a reuniones sociales a causa de la diabetes y el 62 por ciento refiere disminución en el rendimiento laboral.

La consistencia interna del instrumento Creencias de las Percepciones Individuales del Paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (CPIP DMNID) obtuvo un alpha de cronbach de .7732 mostrando en la subescala susceptibilidad percibida el valor mas alto (.7432) y el más bajo fué para barreras (.4344)

Recomendaciones

Profundizar en el estudio de las complicaciones de los pacientes con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) en aspectos no solamente biológicos dados los resultados observados en éste estudio. Sin embargo se recomienda que éstos sean de tipo observacionales y se utilicen escalas que midan con mas precisión los aspectos emocionales, sociales y laborales.

Se recomienda continuar utilizando el Modelo de Creencias de Salud (MCS) para estudiar problemas de salud no solo para conductas preventivas, y han de ser de tipo cualitativo, dado que las percepciones individuales son difíciles de medir en una escala cuantitativa.

En relación a la práctica de enfermería comunitaria es recomendable utilizar los resultados de éste estudio sobre todo en lo referente a complicaciones del paciente con DMNID a fin de que se establezcan acciones anticipadas de promoción, prevención y detección de este problema .

De acuerdo a los resultados de tipo y frecuencia de complicaciones e internamiento sería conveniente implementar estudios de intervención de enfermería donde se de énfasis al aspecto educativo y prevención de problemas macro y micro-vasculares.

Continuar utilizando el instrumento Creencias y percepciones individuales del paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente (DMNID) , a fin de mejorar su consistencia interna y estudiar la validez de contenido.

REFERENCIAS

- Alogan.** Cumplimiento en un régimen dietético para la Diabetes Mellitus 1978
- Angulo VE, Damián Ag. López CM, Fong Hane/S.** Frecuencia de complicaciones crónica en DMNID internado en el Servicio de Endocrinología Congreso Nacional de Biomédica (1996).
- Becker, M.** The Health Belief Model and sick role behavior. Health Education Monograph, (1988).
- Berumen Burclaga Luz Veronica.** Creencias maternas y prevención de crisis en el niño con asma. Tesis inédita de maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria Universidad Autonoma de Nuevo León, Monterrey, N. L., México, 1996.
- Bond, Aiken** El modelo de creencias de salud en adolescentes con Diabetes Mellitus Insulino Dependientes (DMID), 1992.
- Cabrera Pivaral y Col.** Conocimientos, Actitudes y Prácticas diabéticas en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Salud Pública de México, Vol. 33.marzo - Abril, 1991.
- Cerkoney y Hart.** Pacientes con Diabetes Mellitus Insulino Dependientes (DMID) 1974.
- Escobedo, Rico Verdin** Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y cronica de Diabetes Mellitus en México. Salud Pública, México, 1996
- Esparza Santiago** Prevalencia y complicaciones mas frecuentes en pacientes diabéticos. Monterrey, Nuevo León, México, 1994.
- Esparza y Alonso.** Presencia de Trastornos mentales en pacientes diabéticos y no diabéticos en una comunidad de primer nivel de atención en Guadalupe. N. L., 1997.
- Fabián San Miguel y C. Cobo.** Complicaciones vasculares en la diabetes mellitus Medicine, 1993

- Fain A. James.** Tendencias acerca de la Diabetes en Estados Unidos. Clínicas de Enfermería de Norteamérica, 1993.
- Fortin, F.** Creencias con respecto a la enfermedad, tratamiento y autoevaluación de adherencia al cumplimiento de conductos de autocuidado. 1996.
- García de A. J. Y Col.** Algunos aspectos clínico - epidemiológicos de la Diabetes Mellitus Salud Pública de México Vol. 31 No.5 Septiembre - Octubre, 1989.
- Gonzalez, Arredondo.** Utilización de servicios hospitalarios por pacientes diabéticos Salud Pública de México Vol. 36 No.4 Julio- Agosto, 1994.
- Guerrero, Romero y Col.** Diabetes Mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica Revista Médica del IMSS (México), Vol. 34 No. 118
- Haas B., Linda.** Complicaciones crónicas en diabetes sacarina. Clínicas de enfermería de Norteamérica ,1993.
- Hall, Readding** Enfermería en Salud Comunitaria :Un enfoque de sistemas Editorial OPS - OMS .Washington,D.C.,1990.
- Harrys y Col.** Cumplimiento del régimen de la diabetes 1978
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.** XI Censo general de población y vivienda. Nuevo León. 1990
- Jimenez, N.L.** Factores Socio - Culturales y la Decisión el uso de Fitoterapia por el paciente diabético.1996.
- K. Jon Nancy.** El Modelo de Creencias de Salud una década después ,1984.
- King H.** Inter - Salud y la Diabetes. Salud Mundial mayo - junio, 199.1
- Leahy. Kachleen y Cabb Marguerite.** Community Health Nursing Ed .Mc. Graw Hill Book Company. Edición Fourther 1982.
- Nemeck, Mary Ann. D. N. S. , RN.** Creencias de Salud y Comportamiento Primitivo 1984.
- Phipps, y Col.** Enfermedad Crónica. Enfermería Médico Quirúrgico. 1988 Editorial Interamericana ,Mexico,1988.
- Polit, D** Investigación Científica en Ciencias de la Salud. . Editorial Interamericana Mc. Graw - Hill 1994 .

- Polly Rhonda. K., Creencias sobre la diabetes, conductas de autocuidado y control glicémico entre adultos mayores con diabetes mellitus no insulino Dependiente. 1993. Public Health Reports. Julio-agosto. vol. 106. No. 4 1993**
- Rodríguez y Col. Frecuencia y oportunidad del diagnóstico de retinopatía diabética. Salud Pública de México .Vol. 36 No. 9. Mayo - Junio, 1994.**
- Rosenstock y Becker. Social Learning theory and the health Belief Model Health Education New Jersey, Vol. 15 1984.**
- Saenz, E. Función familiar en el seguimiento y control del paciente diabético. Tesis inédita de maestría en enfermería con especialidad en Salud Comunitaria Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1992.**
- Secretaría Estatal de Salud Departamento de Enfermedades Crónicas. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. 1993.**
- Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. 1987**
- Terán Fernández, Creencias Naturales de Salud en el uso de programas Materno Infantil. Tesis inédita de maestría en enfermería con especialidad en Salud Comunitaria Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1993.**
- Valadez, Figueroa y Col. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México Vol. 35. Septiembre - Octubre, 1993.**
- Vázquez, Romero, Escandon. Prevalencia en Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes y Factores de riesgo asociados en una población de México, D. F. Gaceta Médica de México Vol. 129 No. 3, Mayo - Junio, 1993.**
- Wa/Pert. Enrique, Robles. La Transición epidemiológica de las enfermedades crónicas y degenerativas en México. Gaceta Médica de México Vol. 129 No. 3 Mayo - Junio, 1993.**
- Zarate, T. Algunas consideraciones históricas del Diagnóstico de la Diabetes Mellitus Gaceta Médica Vol. 1, 131 No. 2, 1995.**

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DE POST-GRADO

Cuestionario sobre: Creencias de las Percepciones Individuales en el paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependientes (CPIPDMNID)

INSTRUCCIONES: Realice el siguiente cuestionario anotando en la línea derecha el número que corresponda a la respuesta correcta.

CEDULA DE CUESTIONARIO

Codificación

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Encuesta

1	2	3
---	---	---

Factores Modificadores

1.- Edad

1. 25 - 44 años
2. 44 - 64 años
3. 65 - + años

	4
--	---

2.- Sexo

1. Masculino
2. Femenino

	5
--	---

3.- Ocupación

1. Trabajo Remunerado
2. Trabajo No Remunerado

	6
--	---

4.- Estado Civil

1. Con Pareja
2. Sin Pareja

	7
--	---

5.- Escolaridad

1. Sin Escolaridad
2. Primaria y Secundaria
3. Técnica y/o Profesional

	8
--	---

- 6.- Cuánto tiempo tiene de padecer la diabetes? (especificar) _____ 9
- 7.- Tenía usted información sobre la diabetes antes de padecerla?
Si _____ No _____ 10
- 8.- Cuál información? _____ 11
0. Ninguna
1. Dieta
2. Tratamiento (medicamento)
3. Ejercicio
4. Dieta y Medicamento
- 9.- Antes de que usted padeciera la diabetes, sabía que podría presentar complicaciones? _____ 12
Si _____ No _____
- 10.- Cuáles complicaciones sabía que podría presentar? _____ 13
0. Ninguna
1. Disminución de la vista
2. Pié Diabético (amputaciones)
3. Ataques Cardiacos
4. Embolias
5. Enf. del Riñón
6. Presión Alta
7. Úlcera varicosa
8. Rechazo a relaciones sexuales
9. Insensibilidad en miembros inferiores
10. Dolor en miembros inferiores
11. Hiperglicemia y Cetoacidosis

II. PERCEPCIONES INDIVIDUALES

Susceptibilidad

INSTRUCCIONES: En ésta sección circule la respuesta correcta que proporcionó el paciente, de acuerdo a las siguientes claves.

Claves: Las respuestas que usted puede elegir son:

- 0.- Nunca
1.- Casi Nunca
2.- A Veces
3.- Siempre

- | | | | | | |
|--|----|----|----|----|-------------------|
| 11.- Cree estar en riesgo de tener complicaciones a causa de la diabetes? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
14 |
| 12.- Con su estado actual de salud tiene mayor probabilidad de contraer complicaciones? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
15 |
| 13.- Le preocupa tener complicaciones por la diabetes? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
16 |
| 14.- Al conocer a un amigo o familiar que tiene complicaciones por la diabetes se siente con mayor posibilidad de adquirirlas? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
17 |
| 15.- Con sus antecedentes familiares de diabetes se siente con mayor posibilidad de adquirir complicaciones? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
18 |
| 16.- Es más fácil tener complicaciones por la diabetes si usted tiene exceso de peso? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
19 |

Severidad

- | | | | | | |
|--|----|----|----|----|-------------------|
| 17.- Cree usted que si tuviera ceguera, enfermedad de riñón y amputaciones podría perder la vida? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
20 |
| 18.- Las complicaciones de la diabetes por ceguera, problemas del riñón y amputaciones las considera graves? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
21 |
| 19.- Las complicaciones de diabetes le causarían dificultades y cambios en su vida familiar? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
22 |
| 20.- El presentar complicaciones de la diabetes le producirían dificultades y cambios en el hogar o trabajo? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
23 |
| 21.- El presentar complicaciones lo obligaría a cambiar su forma de vida? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
24 |

Beneficios

- | | | | | | |
|--|----|----|----|----|-------------------|
| 22.- El realizar ejercicio en forma regular le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes? | 0. | 1. | 2. | 3. | <u> </u>
25 |
|--|----|----|----|----|-------------------|

23.- El mantenerse sin infecciones le ayudaría a disminuir a que se presenten complicaciones?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 26
24.- El mantenerse sin tensiones emocionales le ayudaría a disminuir a que se presenten complicaciones?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 27
25.- El cuidado de los pies le reduciría la posibilidad de padecer complicaciones?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 28
26.- Si usted tiene el azúcar controlada le ayuda a disminuir la posibilidad de padecer complicaciones de la diabetes?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 29
27.- La orientación que le proporciona el médico y/o enfermera le ayuda a evitar complicaciones de la diabetes?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 30
28.- El médico y/o enfermera que lleva su control de la diabetes se interesa en la prevención de las complicaciones?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 31
29.- Si usted toma el medicamento como lo ordenó el médico le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 32
30.- Considera que al consumir diariamente la dieta adecuada le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 33

Barreras

31.- Cuando acude a los servicios de salud tiene que esperar mucho tiempo para que le atiendan?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 34
32.- El presentar complicaciones le obligaría a cambiar su forma de vida (comer, ejercicio)?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 35
33.- El ingreso económico influye para que exista la posibilidad de la presencia de complicaciones?	0.	1.	2.	3.	<u> </u> 36

- 34.- La falta de tiempo para ir a consulta le favorecería la presencia de complicaciones? 0. 1. 2. 3. 37
- 35.- El personal de salud le explica en forma insuficiente lo referente a la diabetes y sus complicaciones? 0. 1. 2. 3. 38

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DE POST-GRADO

**Cuestionario sobre: Complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus No Insuli
no Dependientes. (CPDMNID)**

INSTRUCCIONES: Realice las siguientes preguntas y coloque el número en el espacio en blanco según corresponda a la respuesta correcta y complemente si se requiere.

Complicaciones					Codificación		
36.- Cuál de las siguientes complicaciones de la diabetes le han diagnosticado?	Si	No	Fecha	Cuantas veces			
0. Ninguna	___	___	___	___	40	41	42
1.- Disminución de la vista	___	___	___	___	43	44	45
2.- Pié diabético (amputaciones)	___	___	___	___	46	47	48
3.- Ataques Cardiacos	___	___	___	___	49	50	51
4.- Embolia	___	___	___	___	52	53	54
5.- Presión Alta	___	___	___	___	55	56	57
6.- Problemas del Riñón	___	___	___	___	58	59	60
7.- Ulceras Varicosas	___	___	___	___	61	62	63
8.- Rechazo a relaciones sex.	___	___	___	___	64	65	66
9.- Insensibilidad en miem. inf.	___	___	___	___	67	68	69
10.- Dolor en miembros inferiores	___	___	___	___	70	71	72
11.- Hiperglicemia y Cetoacidosis	___	___	___	___	73	74	75
12.- Otras (especifique)	___	___	___	___	76	77	78

37.- Porqué causa ha sido internado a consecuencia de la diabetes?

	Si	No	Fecha	Cuantas veces			
0. Ninguna	___	___	___	___	79	80	81
1.- Disminución de la vista	___	___	___	___	82	83	84
2.- Pié diabético (amputaciones)	___	___	___	___	85	86	87
3.- Ataques Cardiacos	___	___	___	___	88	89	90
4.- Embolia	___	___	___	___	91	92	93
5.- Presión Alta	___	___	___	___	94	95	96
6.- Problemas del Riñón	___	___	___	___	97	98	99
7.- Ulceras Varicosas	___	___	___	___	100	101	102
8.- Rechazo a relaciones sex.	___	___	___	___	103	104	105
9.- Insensibilidad en miem. inf.	___	___	___	___	106	107	108
10.- Dolor en miembros inf.	___	___	___	___	109	110	111
11.- Hiperglicemia y Cetoacidosis	___	___	___	___	112	113	114
12.- Otras (especifique)	___	___	___	___	115	116	117

38.- Tiene alguna amputación a consecuencia de la diabetes?

Si	No	En que parte del cuerpo	Fecha			
___	___	0. Ninguno	0. Ninguna	118	119	120
		1. Dedos del pié derecho	1. - 1 año			
		2. Pierna derecha	2. 2 - 7 años			
		3. Dedos del pié izquierdo	3. 5 - 9 años			
		4. Pierna izquierda	4. 14 - 19 años			
			5. 20 - 25 años			
			6. 26 - 31 años			

- 39.- Se encuentra actualmente en algún programa de Diálisis? _____
- Si _____ No _____ Tipo _____ fecha 121 122 123
- 0.- Ninguno 0.- Ninguno
- 1.- Hemodiálisis 1.- 0 - 1 año
- 2.- Diálisis Peritoneal 2.- 2 - 7 años
- 3.- 8 - 14 años
- 4.- 15 - 20 años
- 5.- 20 - 25 años
- 6.- 26 - 31 años
-
- 40.- Ha perdido el trabajo a causa de la diabetes? _____
- Si _____ No _____ Fecha _____ Cuantas veces _____ 124 125 126
-
- 41.- Lo han cambiado de depto. desde que sus jefes saben que usted padece diabetes? _____
- Si _____ No _____ Fecha _____ Cuantas veces _____ 127 128 129
-
- 42.- Desde que padece diabetes el rendimiento en su hogar o trabajo ha disminuido? _____
- Si _____ No _____ Fecha _____ Causas _____ 130 131 132
- 0.- Ninguna
- 1.- Cansancio
- 2.- Azúcar baja
- 3.- Dolor en piernas
- 4.- Cansancio y dolor en piernas
- 5.- Otras
-
- 43.- Debido a la diabetes ha tenido problemas para comunicarse con las personas? _____
- Si _____ No _____ Fecha _____ Causas _____ 133 134 135
- 0.- Ninguna
- 1.- Dependiente
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Depresión
- 4.- Dependiente e Irritable
- 5.- Irritable y Depresión
- 6.- Dependiente y Depresión
- 7.- Otras (especifique)

44.- Cree usted que por tener diabetes tiene mas problemas con la familia? 136 137 138

Si No Fecha _____ Causas _____

- 0.- Ninguna
- 1.- Dependiente
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Depresión
- 4.- Dependiente e Irritable
- 5.- Irritable y Depresión
- 6.- Dependiente y Depresión
- 7.- Otras (especifique)

45.- Ha notado cambios de conducta desde que padece diabetes? 139 140 141

Si No Fecha _____ Causas _____

- 0.- Ninguna
- 1.- Dependiente
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Depresión
- 4.- Dependiente e Irritable
- 5.- Irritable y Depresión
- 6.- Dependiente y Depresión
- 7.- Otras (especifique)

46.- Ha tenido cambios en su vida de pareja a causa de la diabetes? 142 143 144

Si No Fecha _____ Causas _____

- 0.- Ninguna
- 1.- Dependiente
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Depresión
- 4.- Dependiente e Irritable
- 5.- Irritable y Depresión
- 6.- Dependiente y Depresión
- 7.- Otras (especifique)

47.- La gente lo rechaza o lo señala por tener diabetes? 145 146 147

Si No Fecha _____ Causas _____

- 0.- Ninguna
- 1.- Dependiente
- 2.- Irritabilidad
- 3.- Depresión
- 4.- Dependiente e Irritable
- 5.- Irritable y Depresión
- 6.- Dependiente y Depresión
- 7.- Otras (especifique)

- 48.- La familia, los vecinos y los amigos dicen que constantemente tiene cambios de conducta? 148 149 150
 Si No Fecha _____ Causas _____
 0.- Ninguna
 1.- Dependiente
 2.- Irritabilidad
 3.- Depresión
 4.- Dependiente e Irritable
 5.- Irritable y Depresión
 6.- Dependiente y Depresión
 7.- Otras (especifique)
- 49.- Desde que tiene diabetes se siente usted mas deprimido? 151 152 153
 Si No Fecha _____ Causas _____
 0.- Ninguna
 1.- Dependiente
 2.- Irritabilidad
 3.- Depresión
 4.- Dependiente e Irritable
 5.- Irritable y Depresión
 6.- Dependiente y Depresión
 7.- Otras (especifique)
- 50.- Se priva de acudir a reuniones sociales desde que le diagnosticaron la diabetes? 154 155 156
 Si No Fecha _____ Causas _____
 0.- Ninguna
 1.- Dependiente
 2.- Irritabilidad
 3.- Depresión
 4.- Dependiente e Irritable
 5.- Irritable y Depresión
 6.- Dependiente y Depresión
 7.- Otras (especifique)
- 51.- Desde que tiene diabetes se siente usted mas angustiado (nervioso) 157 158 159
 Si No Fecha _____ Causas _____
 0.- Ninguna
 1.- Dependiente
 2.- Irritabilidad
 3.- Depresión
 4.- Dependiente e Irritable
 5.- Irritable y Depresión
 6.- Dependiente y Depresión
 7.- Otras (especifique)

APENDICE C

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SECRETARIA DE POST-GRADO

INSTRUCTIVO PARA EL CUESTIONARIO SOBRE LAS CREENCIAS DE LAS PERCEPCIONES INDIVIDUALES EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTES Y PARA EL CUESTIONARIO DE COMPLICACIONES (CPIPDMNID) Y (COMPDMNID).

I. FACTORES MODIFICADORES

- 1.- Edad: Anote en años cumplidos la edad de la persona encuestada. Nota: Encueste a la persona asignada, en caso de ausencia, solicitar cita para realizar la encuesta.
- 2.- Sexo: Anote el número 1 para masculino y el número 2 para femenino.
- 3.- Ocupación: Escriba el número 1 cuando la persona reciba salario por su trabajo y el número 2 para el que no recibe salario.
- 4.- Estado Civil: Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda a la respuesta correcta.
 - 1.- Con Pareja
 - 2.- Sin Pareja
- 5.- Escolaridad: Anote en el espacio correspondiente tomando en cuenta el ciclo escolar del encuestado.
 - 1.- Sin Escolaridad
 - 2.- Primaria
 - 3.- Secundaria
 - 4.- Técnica o Preparatoria
 - 5.- Profesional
- 6.- Cuánto tiempo tiene de padecer la diabetes?
Anote en el espacio en blanco el número de la respuesta proporcionada por el paciente en base a las siguientes opciones.
 - 1.- - 5 años
 - 2.- 6 - 10 años
 - 3.- 11 - 20 años
 - 4.- 21 - 30 años
 - 5.- 31 - + años

7.- Tenía usted información sobre la diabetes antes de padecerla?

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es si, y el número 2 si la respuesta es no.

8.- En caso afirmativo cuál información?

Anote en el espacio en blanco 0 si la respuesta es ninguna, 1 si la respuesta es dieta, 2 si la respuesta es tratamiento, 3 si la respuesta es ejercicio, 4 si la respuesta es dieta y medicamento y 5 especifique otra respuesta.

9.- Antes de que usted padeciera la diabetes sabía que podría presentar complicaciones?

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es si, y número 2 si la respuesta es no.

10.- Cuáles podría presentar?

Anote en el espacio en blanco el número que corresponda a la respuesta correcta.

0.- Ninguna

1.- Disminución de la vista

2.- Pié diabético (amputaciones)

3.- Ataques Cardiacos

4.- Embolias

5.- Enfermedades del Riñón

6.- Presión Alta

7.- Ulcera Varicosa

8.- Rechazo a relaciones sexuales

9.- Insensibilidad en miembros inferiores

10.- Dolor en miembros inferiores

11.- Otras (especifique)

II.- PERCEPCIONES INDIVIDUALES

Susceptibilidad, Severidad, Beneficios y Barreras

Instrucciones: De la pregunta 11 a la 35 existen 4 opciones enumeradas según los términos siguientes: 0 Nunca, 1 Casi Nunca, 2 A Veces y 3 Siempre. Lea al paciente cada una de las preguntas así como las opciones posibles y circule la respuesta que el entrevistado le proporcione. Ejemplo

11.- Cree estar en riesgo de tener complicaciones a causa de la diabetes.

0. 1. 2. 3.

Si el paciente responde a veces deberá circular el número (2)

36.- Cuál de las siguientes complicaciones de la diabetes le han diagnosticado?

Anote en el espacio en blanco: el número 1 si la respuesta es si o el número 2 si la respuesta es no; en las columnas de "cuales", "fecha" y "cuantas veces" coloque el número de la respuesta que proporciona el paciente en base a las opciones correspondientes.

Si ___	No ___	Cuales	Fecha	Cuantas veces
		0.- Ninguna	0.- Ninguna	0.-Ninguna
		1.- Disminución de la vista	1.- - 1 año	1.- 1
		2.- Pié diabético (amputaciones)	2.- 1 - 4 años	2.- 2
		3.- Ataques Cardiacos	3.- 5 - 9 años	3.- 3
		4.- Embolia	4.- 10 - 14 años	4.- 4
		5.-Presión Alta	5.- 15 - 19 años	5.- + 4
		6.- Problemas del Riñón	6.- 20 - 24 años	
		7.- Ulceras Varicosas	7.- 25 - + años	
		8.- Rechazo a relaciones sexuales		
		9.- Insensibilidad en miembros inferiores.		
		10.- Dolor en miembros inferiores		
		11.- Hiperglicemia y Cetoacidosis diabética		
		12.- Otras (especifique) _____		

37.- Por cuál de las siguientes complicaciones de la diabetes ha sido internado?

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es si y número 2 si la respuesta es no; en las columnas de "cuales", "fecha" y "cuantas veces" coloque el número de la respuesta que proporciona el paciente en base a las opciones correspondientes.

Si ___	No ___	Cuales	Fecha	Cuantas veces
		0.- Ninguna	0.- Ninguna	0.-Ninguna
		1.- Disminución de la vista	1.- - 1 año	1.- 1
		2.- Pié diabético (amputaciones)	2.- 1 - 4 años	2.- 2
		3.- Ataques Cardiacos	3.- 5 - 9 años	3.- 3
		4.- Embolia	4.- 10 - 14 años	4.- 4
		5.-Presión Alta	5.- 15 - 19 años	5.- + 4
		6.- Problemas del Riñón	6.- 20 - 24 años	
		7.- Ulceras Varicosas	7.- 25 - + años	
		8.- Rechazo a relaciones sexuales		
		9.- Insensibilidad en miembros inferiores.		
		10.- Dolor en miembros inferiores		
		11.- Hiperglicemia y Cetoacidosis		
		12.- Otras (especifique) _____		

38.- Tiene alguna amputación a consecuencia de la diabetes?

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es si, y el número 2 si la respuesta es no; en la columna "en que parte del cuerpo" y en la columna "fecha" anote el número de la respuesta proporcionada por el paciente

Si _____	No _____	En que parte del cuerpo _____	Fecha _____
		0.- Ninguna	0.- Ninguna
		1.- Dedos del pié derecho	1.- 0 - 1 año
		2.- Pierna derecha	2.- 2 - 7 años
		3.- Dedos del pié izquierdo	3.- 8 - 13 años
		4.- Pierna izquierda	4.- 14 - 19 años
			5.- 20 - 25 años
			6.- 25 - 31 años

39.- Se encuentra actualmente en algún programa de Diálisis?

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es si y número 2 si la respuesta es no y en la columna de "fecha" y "tipo" anote el número de la respuesta correcta proporcionada por el paciente.

Si _____	No _____	Fecha _____	Tipo _____
		0.- Ninguna	0.- Ninguna
		1.- 0 - 1 año	1.- 1.- Hemodialisis
		2.- 2 - 7 años	2.- Diálisis Peritoneal
		3.- 8 - 13 años	
		4.- 14 - 19 años	
		5.- 20 - 25 años	
		6.- 26 - 31 años	

En la pregunta 40 y 41

Anote en el espacio en blanco la respuesta correcta según corresponda en base a las siguientes claves.

Si _____	No _____	Fecha _____	Cuantas veces _____
		0.- Ninguna	0.- Ninguna
		1.- 0 - 1 año	1.- 1
		2.- 2 - 7 años	2.- 2
		3.- 8 - 13 años	3.- 3
		4.- 14 - 19 años	4.- + 4
		5.- 20 - 25 años	
		6.- 26 - 31 años	

42.- Desde que padece diabetes el rendimiento en su hogar y/o trabajo ha disminuido?

Anote en el espacio en blanco la respuesta correcta según corresponda en base a las siguientes claves.

Si _____	No _____	Fecha _____	Causas _____
		0.- Ninguna	0.- Ninguna
		1.- 0 - 1 año	1.- Cansancio
		2.- 2 - 7 años	2.- Azúcar baja
		3.- 8 - 13 años	3.- Dolor en piernas
		4.- 14 - 19 años	4.- Otras
		5.- 20 - 25 años	
		6.- 26 - 31 años	

En las preguntas de la 43 a la 51:

Anote en el espacio en blanco el número 1 si la respuesta es sí, o el número 2 si la respuesta es no; en las columnas de "causas" y "fecha" coloque el número de la respuesta que proporciona el paciente en base a las siguientes opciones.

Ejemplo

Debido a la diabetes ha tenido problemas para comunicarse con las personas?

Si <u> 1 </u>	No _____	Causas <u> 3 </u>	Fecha <u> 3 </u>
		0.- Ninguna	0.- Ninguna
		1.- Dependiente	1.- 0 - 1 año
		2.- Irritabilidad	2.- 2 - 7 años
		3.- Depresión	3.- 8 - 13 años
		4.- Dependiente e Irritable	4.- 14 - 19 años
		5.- Irritable y Depresión	5.- 20 - 25 años
		6.- Dependiente y Depresión	6.- 26 - 31 años
		7.- Otra (especifique)	

El paciente responde afirmativamente y selecciona como causa la depresión y señala que la padece desde hace 11 años entonces se colocará el número 1 en el sí, el número 3 en la columna de causa y el número 3 en la columna de fecha.

APENDICE D

HIPOTESIS:

Los factores modificadores del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>I. Factores Modificadores</p> <p>Variables Demográficas (edad, sexo, raza).</p> <p>Variables Sociopsicologicas (clase social, personalidad presiones de grupos).</p> <p>Variables Estructurales Conocimiento sobre las condiciones de salud, con tactos previos con individuos que tienen enfermedad.</p>	<p>Las variables demográficas del paciente con DMNID son (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad).</p> <p>Estructurales</p> <p>(tiempo de padecer la diabetes conocimiento cerca de la enfermedad previo al contacto de la DMNID).</p>	<p>1.- Edad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 25 - 44 años 2. 45 - 64 años 3. 65 - + años <p>2.- Sexo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino <p>3.- Ocupación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo Remunerado 2. Trabajo No Remunerado <p>4.- Estado Civil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con Pareja 2. Sin Pareja <p>5.- Escolaridad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin Escolaridad 2. Primaria y Secundaria 3. Técnico y Profesional

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
		<p>6.- Cuánto tiempo tiene de padecer la diabetes?</p> <p>7.- Tenía usted información sobre la diabetes antes de padecerla?</p> <p>8.- Cuál información?</p> <p>9.- Antes de que usted adiera la diabetes, sabía que podría presentar complicaciones?</p> <p>10.- Cuáles complicaciones sabía que podría presentar?</p>

HIPOTESIS:

Las percepciones individuales del paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>I. Percepciones Individuales</p> <p>Son ideas, sentimientos y creencias sobre la enfermedad.</p> <p>Susceptibilidad</p> <p>Es la probabilidad estimada de los individuos de encontrarse con un problema específico de salud.</p>	<p>Son ideas, percepciones que siente el paciente con DMNID con respecto a su enfermedad.</p> <p>Estas percepciones son: Susceptibilidad, Severidad</p> <p>Susceptibilidad</p> <p>Es la probabilidad estimada, percibida por el paciente con DMNID de padecer complicaciones.</p>	<p>11.- Cree estar en riesgo de tener complicaciones a causa de la diabetes?</p> <p>12.- Con su estado actual de salud tiene mayor probabilidad de contraer complicaciones?</p> <p>13.- Le preocupa tener complicaciones por la diabetes?</p> <p>14.- Al conocer a un amigo o familiar que tiene complicaciones por la diabetes se siente con mayor posibilidad de adquirirlas?</p> <p>15.- Con sus antecedentes familiares de diabetes se siente con mayor posibilidad de adquirir las complicaciones?</p> <p>16.- Es mas fácil tener complicaciones por la diabetes si usted tiene exceso de peso?</p>

HIPOTESIS:

Las percepciones individuales por el paciente con DMNID se relacionan con la presencia de complicaciones.

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>Severidad Percibida</p> <p>Es también llamada seriedad, se evalúa por la percepción de posibles consecuencias clínicas (ejemplo: la muerte), por consecuencias sociales en donde los individuos creen que una condición dada de salud podría crearles implicaciones en el trabajo, escuela, vida familiar y relaciones sociales.</p>	<p>Son las preocupaciones que tiene el paciente con DMNID de que las complicaciones que pueda padecer tendrán consecuencias en su vida personal, familiar y laboral</p>	<p>17.- Cree usted que si tuviera ceguera, enfermedades del Riñón y amputaciones podría perder la vida?</p> <p>18.- Las complicaciones de la diabetes por ceguera, problemas del riñón y amputaciones las considera graves?</p> <p>19.- Las complicaciones de diabetes le causarían dificultades y cambios en su vida familiar?</p> <p>20.- El presentar complicaciones de la diabetes le producirían dificultades y cambios en el hogar o trabajo?</p> <p>21.- El presentar complicaciones lo obligaría a cambiar su forma de vida?</p>

HIPOTESIS:

Los Beneficios y Barreras identificados por el paciente con DMNID en el control de su enfermedad se relacionan con la presencia de complicaciones.

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>Son creencias acerca de la efectividad de las diversas acciones preventivas recomendadas, evaluadas por el paciente como el potencial de la intervención de salud para reducir la susceptibilidad o se veridad (amenaza de la enfermedad)</p>	<p>Son las creencias de l paciente con DMNID sobre la efectividad que tiene el control de su enfermedad al reducir riesgos y la probabilidad de contraer complicaciones.</p>	<p>22.- El realizar ejercicio en forma regular le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes?</p> <p>23.- El mantenerse sin infecciones le ayudaría a disminuir a que se presenten complicaciones?</p> <p>24.- El mantenerse sin tensiones emocionales le ayudaría a disminuir a que se presenten complicaciones?</p> <p>25.- El cuidado de los pies le reduciría la posibilidad de padecer complicaciones?</p> <p>26.- Si usted tiene el azúcar controlada le ayuda a disminuir la posibilidad de padecer complicaciones de la diabetes?</p> <p>27.- La orientación que le proporciona el médico y/o enfermera le ayuda a evitar complicaciones de la diabetes?</p> <p>28.- El médico y/o enfermera que lleva su control de la diabetes se interesa en la prevención de las complicaciones?</p>

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
		<p>29.- Si usted toma el medicamento como lo ordenó el médico le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes?</p> <p>30.- Considera que al consumir diariamente la dieta adecuada le ayudaría a disminuir las complicaciones de la diabetes?</p>

HIPOTESIS:

Los Beneficios y Barreras identificadas por el paciente con DMNID en el control de su enfermedad se relacionan con la presencia de complicaciones.

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>Son obstáculos reales o percibidos para llevar a cabo la conducta preventiva, medidos por la estimación del paciente del costo financiero del tiempo y es fuerza, y probables efectos secundarios. Los beneficios menos las barreras determinan la probabilidad de emprender acciones recomendadas de salud preventiva.</p>	<p>Son actitudes negativas, obstáculos percibidos o reales que influyen en el paciente con DMNID para llevar su control y disminuir la probabilidad de la presencia de complicaciones, y pueden ser de carácter biológico (micro-macrovascular) emocionales, sociales y laborales</p>	<p>31.- Cuando acude a los servicios de salud tiene que esperar mucho tiempo para que le atiendan?</p> <p>32.- El presentar complicaciones le obligaría a cambiar su forma de vida (comer, ejercicio) ?</p> <p>33.- El ingreso económico influye para que exista la posibilidad de la presencia de complicaciones?</p> <p>34.- La falta de tiempo para ir a consulta le favorecería la presencia de complicaciones ?</p> <p>35.- El personal de salud le explica en forma insuficiente lo referente a la diabetes y sus complicaciones?</p>

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
<p>Complicaciones</p> <p>Fenómeno que aparece durante la enfermedad y agrava su estado, que puede ser secundario al trastorno metabólico crónico y son de carácter biológico (micro-vascular, macro-vascular).</p>	<p>Complicaciones</p> <p>Son situaciones que desestabilizan al paciente con DMNID y cuestionan planes espectativas, hábitos, metas y la imagen de uno mismo y pueden ser de carácter biológico (micro-macrovascular) emocional, sociales y laborales.</p>	<p>36.- Cuál de las siguientes complicaciones de la diabetes le han diagnosticado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Dism. de la vista 3. Ataques Cardiacos 4. Embolia 5. Presión Alta 6. Problemas del Riñón 7. Ulceras Varicosas 8. Rechazo a Rel. Sex. 9.- Insens. en miem. inf. 10.- Dolor en miem. inf. 11.- Hiper. y Ceto. <p>37.- Porqué causa ha sido internado a consecuencia de la diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Dism. de la vista 3. Ataques Cardiacos 4. Embolia 5. Presión Alta 6. Problemas del Riñón 7. Ulceras Varicosas 8. Rechazo a Rel. Sex. 9. Insens. en miem. inf. 10. Dolor en miem. inf. 11. Hiper. y Ceto. <p>38.- Tiene alguna amputación a consecuencia de la diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO OPERATIVO	INDICADORES
		<p>39.- Se encuentra actualmente en algún programa de Diálisis?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>40.- Ha perdido el trabajo a causa de la diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>41.- Lo han cambiado de departamento desde que sus jefes saben que usted padece diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>42.- Desde que padece diabetes el rendimiento en su hogar o trabajo a disminuido?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>43.- Debido a la diabetes ha tenido problemas para comunicarse con las personas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>44.- Cree usted que por tener diabetes tiene más problemas con la familia?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

CONCEPTO TEORICO	CONCEPTO PERATIVO	INDICADORES
		<p>45.- Ha notado cambios de conducta desde que padece diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>46.- Ha tenido cambios en su vida de pareja a causa de la diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>47.- La gente lo rechaza o lo señala por tener diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>48.- La familia, los vecinos y los amigos dicen que constantemente tiene cambios de conducta?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>49.- Desde que tiene diabetes se siente usted más deprimido?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>50.- Se priva de acudir a reuniones sociales desde que le diagnosticaron la diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No <p>51.- Desde que tiene diabetes se siente usted más angustiada (nerviosa)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

APENDICE E

CONTRATO DE PARTICIPACION EN LA INVESTIGACION

La que suscribe, estudiante de la materia en Salud comunitaria de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y en base a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Capítulo I, Art.20, 21 fracción I a VIII, Art. 22, fracción I a la V y Art. 24, establece, el presente contrato de participación de la investigación Creencias de Salud Complicaciones en el paciente con DMNID en donde se especifica que la entrevista será en forma voluntaria y estar enterado (a) que aún después de que la entrevista inicie, yo pueda rehusarme a responder la preguntas en el siguiente momento.

Recibiré información en relación al objetivo de la investigación; así como aquella que me permita llevar el contrato de la DMNID.

La Lic. Carmelita Pedraza Loredo, me garantiza que tendré plena seguridad de que la información que le proporcione para la presente investigación será de carácter confidencial, a lo que nadie ajeno a la misma tendrá acceso.

Nombre y firma del Entrevistado

Nombre y firma del Entrevistador



SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN
ORGANISMO PUBLICO DESCENTRALIZADO

MATAMOROS 520 QTE
MONTERREY, N. L.

JURISDICCION SANITARIA No. 4
AVE. 20 NOV. 720 COL. 20 NOV. GPE
SECCION DIRECCION
MESA ENSEÑANZA E INVESTIGACION
NUMERO DE OFICIO 6011-JS No. 4 149/97
EXPEDIENTE 1093

Asunto:

CIUDAD GUADALUPE, NUEVO LEON JULIO 23 DE 1997

LIC. ENF. CARMELITA PEDRAZA LOREDO
FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA U.A.N.L.
P R E S E N T E.-

En atención al Oficio personal recibido en ésta Jurisdicción, informo a Usted, que no hay inconveniente para que sea aplicado instrumento para conclusión de tesis de Grado que lleva por nombre "Las Creencias de Salud y su relación con las complicaciones en el Paciente con Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente", durante el periodo comprendido del 24 de julio al 8 de agosto del presente año; mismo que será aplicado en el Centro de Salud de Fomerey IV, ubicado en el Municipio de Apodaca, N.L., a fin que el resultado del mismo se informe a ésta Institución.

Por su fina atención que agradezco, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION"
EL JEFE DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 4

Miranda Mendez
DR. BENITO MIRANDA MENDEZ

SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE ATENCION AL PACIENTE
JURISDICCION SANITARIA No. 4
GUADALUPE, N. L.

BMM/DEEM/MAPM/*

ccp./Dra. Dalia E. Esquivel M. jefe Depto. Enseñanza e Inv. J.S.No. 4
ccp./Lic. Enf. Ma. de los Angeles Paz Morales Coord. Jurisd. Enf.

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Carmelita Pedraza Loredo

**Candidato para el grado de Maestro en Enfermería con Especialidad en
Salud Comunitaria**

Tesis:

**Creencias de Salud y Complicaciones del Paciente con Diabetes Mellitus
No Insulino Dependiente (DMNID)**

Biografía:

**Datos personales; nacida en Río Verde, San Luis Potosí, el 7 de Agosto
de 1958 hija de Rubén Pedraza Rodríguez y María del Refugio Loredo
Ferretíz.**

Educación:

**Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de
Nuevo León, grado obtenido de Lic. en Enfermería en 1983.**

Experiencia Profesional:

**Servicio Social en el departamento de Salud Pública en la Facultad de
Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestra por
horas del departamento de Salud Pública de la Facultad de Enfermería
de la U.A.N.L. Coordinadora del Centro de Salud 21 de Enero, Cruz
Verde y Fomerrey 4 Apodaca, N. L. de 1982 - 1994 Maestra del
departamento de Médico Quirúrgico de 1984 a la fecha. Encargada del
Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital
Universitario Dr. José Eleuterio González de 1983 - 1997.**

