

AUTOEFICACIA Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTILO DE VIDA DE PERSONAS CON DIABETES

SELF-EFFICACY AND ITS IMPACT ON THE LIFESTYLE OF THE PEOPLE WITH DIABETES

Ofelia Mercedes Medina*

Enfermera, Mg en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

María Ana Rugerio

Enfermera, Mg en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

María del Carmen Martínez

Enfermera, Mg en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Alma Delia Díaz

Enfermera, Estudiante del Mg en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Artículo recibido el 22 de mayo, 2007. Aceptado en versión corregida el 27 de agosto, 2007

RESUMEN

*La Diabetes Mellitus Tipo 2 [DM2] representa un problema de salud pública por su impacto epidemiológico. La mayoría de las investigaciones muestran una tendencia en el paradigma médico, situación que implica aspectos poco explorados para la ciencia del cuidado. Este trabajo utiliza el Modelo Promoción de la Salud; factores personales, autoeficacia percibida, estilo de vida de personas con DM2. Propósito: determinar si el estilo de vida de las personas con DM2 está influida por factores personales biológicos, socioculturales, psicológicos y autoeficacia percibida. Metodología: diseño correlacional. Muestreo aleatorio simple. Muestra determinada con potencia estadística de 80%; nivel de confianza del 95%, tamaño del efecto $r = .25$, $n = 138$. Resultados: Los factores personales mostraron efecto sobre el estilo de vida de la PDM2 ($F_{cal} = 4.730$ $p = .001$ $R^2 = 34.1$). La autoeficacia percibida mostró efecto sobre el estilo de vida de la PDM2 ($F_{cal} = 22.398$ $p = .001$ $R = 43.8$). Discusión y Conclusiones: Los resultados confirmaron relaciones entre los conceptos del MPS: factores personales, autoeficacia percibida y el estilo de vida de la PDM2; esta puede responder positivamente con acciones para su control junto con el profesional del cuidado, si le propone condiciones que ayuden a mejorar su situación de salud, evitar o retrasar complicaciones del padecimiento. Conocimiento que servirá para establecer acuerdos reales entre las PDM2 y la enfermera. **Palabras clave:** Factores personales, autoeficacia, estilo de vida, diabetes mellitus 2.*

ABSTRACT

*Type 2 Diabetes Mellitus [DM2] represents a public health issue due to its epidemiological impact. Most research shows a trend in the medical paradigm, a situation which implies fairly unexplored aspects in the science of caring. This article was done using the theoretical perspective of the Health Promotion Model, personal factors, perceived self-efficacy, and lifestyle of people with DM2. Aim: to determine whether lifestyle of people with DM2 is influenced by factors that are biological/personal, socio-cultural, psychological, and perceived self-efficacy. Methodology: correlation design. Simple random sampling. Sampling determined with 80% statistic power; 95% reliability level, effect size $r = .25$, $n = 138$. Outcomes: the personal factors showed an effect on the lifestyle of the PDM2 ($F_{cal} = 4.730$ $p = .001$ $R^2 = 34.1$) The perceived self-efficacy showed an effect on the lifestyle of the PDM2 ($F_{cal} = 22.398$ $p = .001$ $R = 34.1$) Discussion and Conclusions: the results confirmed relationships between the concepts of the MPS: personal factors, perceived self-efficacy and the lifestyle of the PDM2; the latter may respond positively with actions for its control with the healthcare professional, if conditions are proposed to help improve their health situation, and prevent or delay complications of the illness. This knowledge will serve to establish real agreements between the PDM2's and nurses. **Key words:** Personal factors, self-efficacy, lifestyle, diabetes mellitus 2.*

* Correspondencia e-mail: ofeliamedina77@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El proceso de la globalización económica en América Latina ha dado origen al proceso de transculturación, que se refleja en las modificaciones desfavorables de los hábitos y costumbres en la alimentación y estilo de vida de las diversas culturas, lo que favorece el incremento de enfermedades crónicas, como la Diabetes Mellitus Tipo 2 [DM2].

Padecimiento de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria, que significa una carga para los servicios de salud y la economía familiar (Secretaría de Salud, 2000; 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). Otro aspecto importante es la percepción que de sí misma tiene la persona con DM2, concerniente a la capacidad personal para realizar acciones que repercuten en su estilo de vida y su salud (Sakraida, 2003), condición no manifiesta de manera consciente, porque no obstante la implementación de programas específicos para la prevención y control de la diabetes mellitus, los resultados son negativos. Las personas no acatan el cumplimiento del tratamiento para la DM2, un padecimiento que lesiona de manera discreta, silenciosa, irreversible y grave a órganos vitales del individuo, disminuye su potencial a temprana edad con deterioro en la calidad de vida (OMS, 2005; Secretaría de Salud, 2000; 2007).

La Diabetes Mellitus Tipo 2 tiene un impacto económico alto en los servicios de salud, con múltiples consecuencias familiares y sociales, sin embargo, las complicaciones pueden evitarse o retrasar su aparición, si la persona con DM2 y su familia son conscientes de su capacidad personal para modificar el estilo de vida que favorezca su estado de salud, como es la nutrición, ejercicio, responsabilidad de su tratamiento, manejo de estrés (Pender, 1996).

La DM2 tiene una prevalencia en el continente americano que oscila entre 8 y 15,9%, lo mismo sucede en México, con incidencia calculada en 400 mil casos por

año; de ellos 30% desconoce su diagnóstico, el 10% la desarrolla antes de los 45 años de edad, es más frecuente en mujeres, además el promedio de edad de muerte prematura es de 57 años, se asocia a complicaciones metabólicas, cardiovasculares y renales, lo que representa una pérdida de 12,9 años potenciales de vida y al menos siete de vida productiva por individuo. La mortalidad por DM2 se ubica en segundo lugar con más de 65 mil defunciones. Se estima que para el año 2025 existirán 12 millones de personas con diabetes (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2005; Landeros, 2000).

En el estado de Puebla la prevalencia de DM2 es de 48.706 casos registrados y la mortalidad con tasa anual de 67,0 por cien mil habitantes se ubica en el segundo lugar de la mortalidad general (INEGI, 2005). La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una situación de salud que afecta a las personas y a su familia, padecimiento vinculado con el estilo de vida, definido como el patrón de vida de las personas que tiene impacto significativo en el estado de la salud; al que se suma la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción, denominado autoeficacia percibida (Bandura, 1977; Gallegos, 2003; Pender, 1996).

Otro aspecto a subrayar es que el estilo de vida no saludable influye en el desarrollo de la DM2 y muerte temprana por complicaciones, por lo que se requiere cambiar y/o mejorar el estilo de vida en estas personas. El cambio se debe dar, sin infundir temor, con la promoción de la autorrealización para el autocuidado y el cuidado de su ambiente, en la mejora de su aspecto y armonía en sus relaciones interpersonales, para el logro de la satisfacción en la aceptación propia y social, lo anterior en el supuesto teórico de que los individuos interactúan con el medio ambiente en busca de salud (Pender, 1996; Sakraida, 2003).

En este contexto se requiere visualizar de manera integral el fenómeno de la

DM2 ya que esta ha sido investigada ampliamente, desde la perspectiva médica (Alvarado, Millán & Valles, 2001), empero enfermería cuenta con evidencia que necesita ser reforzada con investigación sobre aspectos relevantes como: factores personales y la creencia en las capacidades propias para organizar y realizar las acciones requeridas para manejar la situación particular de la DM2, la confianza de las personas en sí mismas y cómo esta repercute en su estilo de vida. Esto se traduce en evidencia que permitirá a la enfermera promover la corresponsabilidad en el control del padecimiento, lo que ayudará a reducir y aplazar la presencia de complicaciones, disminuirá los costos y se accederá a una mejora en la calidad de vida de las personas con DM2, así como la de sus familias (Gallegos, 2003).

El propósito de este estudio fue determinar si el estilo de vida de las personas con DM2 está influida por los factores personales biológicos (edad-sexo); socioculturales (escolaridad-ocupación); psicológicos (percepción de salud) y autoeficacia percibida.

El sustento teórico que guió esta investigación fue el Modelo de Promoción de la Salud [MPS] de Nola Pender (1996). Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales son relevantes en predecir la conducta dada, la autoeficacia percibida o competencia para ejecutar una conducta aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y la realización real de la conducta. Se toma el concepto de autoeficacia a partir de los planteamientos de la Teoría Cognitiva Social, referencias clásicas de Bandura (1977) y Fishben (1980 citado en Pender, 1996), como creencia en las capacidades propias para organizar y realizar las acciones requeridas para manejar posibles situaciones. Las personas con DM2 son eficaces en el control de su padecimiento, cuando se creen capaces de hacer las cosas de forma adecuada, tienen dominio de lo que hacen y tener claras las expectativas del resultado que esperan obtener. La autoefi-

cacia motiva la conducta promotora de salud directamente por medio de las expectativas de eficacia, e indirectamente afectando el compromiso o persistencia en perseguir un plan de acción.

Se utilizaron dos proposiciones del MPS de Pender (1996): 1. Las características personales (heredadas y adquiridas) influyen las creencias y promulgación de la conducta promotora de salud. 2. Las cogniciones y afectos específicos de la conducta (autoeficacia percibida o competencia para ejecutar una conducta dada) aumentan la probabilidad de compromiso con la acción y la realización real de la conducta (estilo de vida); proposiciones que sirvieron de base para plantear las siguientes hipótesis:

- Los factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto sobre el estilo de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2.
- La autoeficacia percibida influye en el estilo de vida de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo-correlacional, la población la constituyeron personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que acuden a consulta a la Unidad de Medicina Familiar N° 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], en la ciudad de Puebla, México. Muestreo: aleatorio simple. Muestra: se calculó con análisis de potencia estadística del 80%; un nivel de confianza del 95%, y un tamaño del efecto $r = .25$ obteniendo una $n = 138$ (Polit & Hungler, 2002).

Para esta investigación se utilizaron cuatro instrumentos; el primero denominado Cédula de Factores Personales de la Persona con DM2 [CFPPDM2], consta de 13 preguntas que se presentan en dos apartados, uno para factores personales biológicos con 8 preguntas. El otro apartado es de factores socioculturales, consta de cinco reactivos; el segundo es el Cuestionario Percepción del Estado de Salud

Forma Abreviada [MOS], fue elaborado por Stewart, Hays y Ware (1988) y está constituido por 20 preguntas. Este instrumento se fracciona en tres secciones: (a) estado funcional que valora cómo se sintió la persona el mes anterior a la encuesta; consta de seis preguntas con un valor máximo de 36, que equivale al mejor estado funcional y el mínimo de 6 implica lo contrario; (b) bienestar, que valora las limitaciones que hubo en los últimos meses como consecuencia de la alteración del estado de salud; contiene nueve preguntas con un valor máximo de 27 que indica mayor bienestar por más de tres meses y un mínimo de nueve que refiere lo contrario; (c) evaluación global de salud, constituida por seis preguntas, con una puntuación máxima de 36, que indica mejor percepción del estado de salud y un mínimo de seis que refiere una baja percepción del estado de salud. El cuestionario se subdivide en seis subescalas que valoran el funcionamiento social, la salud mental, funcionamiento físico, rol funcional, percepción de la salud y dolor. De la pregunta 1 a la 12 y de la 15 a la 18 las respuestas oscilan en cinco posibilidades: todo el tiempo = 1; la mayor parte del tiempo = 2; buena parte del tiempo = 3, algo de tiempo = 4; poco tiempo = 5; nada de tiempo = 6), con un valor máximo de 80 y un valor mínimo de 16. Para las preguntas 13 y 14 sus posibles respuestas pueden ser tres: sí, por más de tres meses = 1; sí, por tres meses o menos = 2 y, no = 3, con un valor máximo de 6 y un valor mínimo de 3; el valor máximo indica mejor desarrollo del rol funcional y el valor mínimo indica menor desarrollo de este. La pregunta 19 presenta cinco respuestas: excelente = 5; muy buena = 4; buena = 3; regular = 2; deficiente = 1; y la pregunta 20 valora dolor, sus respuestas posibles son cinco: ninguno = 5; muy leve = 4; leve = 3; moderado = 2; grave = 1. Para lograr la calificación final, se invirtieron las preguntas 3, 5, 16, 17 y 20 con el propósito de conservar el mismo sentido. Para finalmente obtener el valor máximo de la

escala general que es 114 e indica mejor percepción de salud, y el valor mínimo de 20 que refiere baja percepción del estado de salud.

El instrumento se probó en la Unión Americana en población adulta, reportó un Alpha de Cronbach de .75 a .88 (Stewart, Hays & Ware, 1988). En poblaciones del norte de México fue probado por Gallegos (1996), Rodríguez (2001) y Arrijoja y Alonso (2001). El tercer instrumento es una Escala General de Autoeficacia en Pacientes con DM2 [CAPDM2] de Baessler y Schachwrzer (1996), para medir la autoeficacia percibida en el desempeño de la persona. Consta de 15 reactivos con un patrón de respuestas que va desde 1 = incorrecto a 4 = cierto y se subdivide en seis subescalas para medir el logro de desempeño, nutrición, ejercicio, manejo de estrés, responsabilidad en salud y no consumo de alcohol. El puntaje va de 15 a 60 puntos. En población europea obtuvo un Alpha de Cronbach de .79 a .93. La escala fue aplicada en población latina y obtuvo un Alpha de Cronbach de .81. En poblaciones mexicanas se ha utilizado por Arrijoja y Alonso (2001) y Peña y Bacallao (2000), con Alphas de .91 y .80, respectivamente. El cuarto instrumento que se utilizó se denomina Perfil Estilo de Vida de Pender (1996), consta de 48 reactivos en una escala tipo Likert. Los reactivos están distribuidos en seis subescalas: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, soporte interpersonal, autorrealización, manejo de estrés. Para cada pregunta el patrón de respuesta tiene cuatro criterios que son: nunca = 1; a veces = 2; frecuentemente = 3; rutinariamente = 4. El valor mínimo es 48 y el máximo de 192. Pender, Walter y Sechrist (1990) reportaron un Alpha de Cronbach de .94; para la escala general, en las subescalas va de .76 a .91; con población mexicana el Alpha de Cronbach reportado fue .60 a .90 (Arrijoja & Alonso, 2001).

Para la recolección de datos, previamente se solicitó autorización a las personas con DM2 y se explicó la importancia

de su participación, el procedimiento se realizó de acuerdo a lo estipulado en materia de investigación, se garantizó el anonimato, confidencialidad de la información, se aseguró que los datos solo se darían a conocer en forma general, se estableció que su participación estaría bajo consentimiento informado sin presión o coerción, con el derecho de retirarse en el momento que lo consideraran necesario.

Se estructuraron índices de 0 al 100 para el tratamiento estadístico de los datos, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que presentó distribución normal en la escala general del MOS; en las subescalas percepción del estado de salud y funcionamiento físico; del instrumento perfil de estilos de vida en la subescala de nutrición. En los demás índices y subíndices los resultados refieren que no hubo distribución normal de las variables, razón por la que se construyen matrices de correlación de Spearman, para explorar la asociación de las mismas.

RESULTADOS

El reporte de resultados se hace en tres apartados: confiabilidad de los instrumentos, características de la muestra y verificación de hipótesis. Los instrumentos MOS, CAPDM2 y PEVPDM2 obtuvieron un Alpha de Crombach de .87, .88 y .83, respectivamente.

En relación a la muestra se destaca lo siguiente: los factores personales biológicos de mayor porcentaje en las personas con diabetes mellitus 2 fue la edad en el grupo de 50 a 59 años con el 45,65%; predominó el sexo femenino con un 60,9%. En los factores socioculturales el 41,3% de las personas no tiene pareja; el 42% es analfabeto. En cuanto al tipo de empleo destacó que el 37,8% son pensionados (Tabla 1).

La variable escolaridad tiene correlación significativa con nutrición (rs. 220 p = .005) y con responsabilidad en salud (rs 205 p = .005). La variable percepción del estado de salud muestra asociación con la variable estilo de vida: nutrición (rs = .353, p =

.005), ejercicio (rs = .209, p = .001), responsabilidad en salud (rs = .213, p = .001), soporte interpersonal (rs = .297, p = .001), autorrealización (rs = .302, p = .001 y manejo del estrés (rs = .462, p = .001).

Tabla 1: Características de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2

Variables	fr	%
Edad		
40 - 49	25	18,11
50 - 59	63	45,65
60 y +	46	33,35
Sexo		
Femenino	84	60,90
Masculino	54	39,10
Estado Civil		
Sin pareja	57	41,30
Educación		
Sin estudios	59	42,8
Pensionado	38	27,6

Fuente CFPDM2

n = 138

Con respecto a las hipótesis, se utilizaron estadísticos inferenciales ejecutados mediante correlación múltiple. La hipótesis 1 sustenta que los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto sobre el estilo de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Para verificarla se ajustó el modelo 1 de regresión lineal múltiple, donde las variables independientes fueron el factor personal biológico (edad y sexo), el psicológico (percepción del estado de salud); los socioculturales (estado civil, escolaridad y ocupación) y la variable resultado fue el estilo de vida de la persona con diabetes mellitus tipo 2. Los factores personales (edad, sexo y percepción de salud) mostraron efecto sobre el estilo de vida de la PDM2 (nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y manejo de estrés) (F cal = 4.730 p = .001 con una variación explicada del 34,1%) (Tabla 2).

La hipótesis 2 sostiene que la autoeficacia percibida tiene efecto sobre el estilo de vida de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2. El modelo mostró un efecto significativo de la autoeficacia percibida sobre el estilo de vida (nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y manejo de estrés) con una $F_{cal} = 22.398$ $p = .001$, con variación explicada del 43%, datos que apoyan a la hipótesis (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El estudio permitió profundizar en la conducta de la persona con diabetes mellitus tipo 2 y los resultados muestran evidencia de apoyo a las hipótesis planteadas, que se derivaron de dos proposiciones de relación entre las variables de los conceptos: características y experiencias individuales (factores personales), cogniciones y afectos específicos de la conducta (autoeficacia percibida) y la conducta promotora de salud (estilo

de vida) en el MPS de Pender (1996), (Figura 1).

De los factores personales biológicos en pacientes con diabetes tipo 2 se estudió: edad, sexo, escolaridad y mostraron efecto significativo ($p < .05$, $p = .001$) datos coincidentes con lo encontrado por Bañuelos (2001; García et al., 1995), la edad y sexo mostraron efecto en el estilo de vida (ejercicio y dieta) con una $p = .0001$; escolaridad y el estado civil mostraron efecto sobre el estilo de vida (nutrición, ejercicio y responsabilidad en salud) con una $p < .05$.

Los factores personales socioculturales (educación, ocupación) investigados en paciente con diabetes tipo 2 refieren efecto sobre el estilo de vida (nutrición, ejercicio y responsabilidad en salud) con significancia estadística $p < .001$.

Respecto a los factores personales psicológicos, la percepción del estado de salud fue factor predictor del estilo de vida

Tabla 2: Regresión lineal múltiple efecto de los factores personales biológicos, socioculturales y percepción del estado de salud sobre el estilo de vida de la persona con Diabetes Mellitus 2

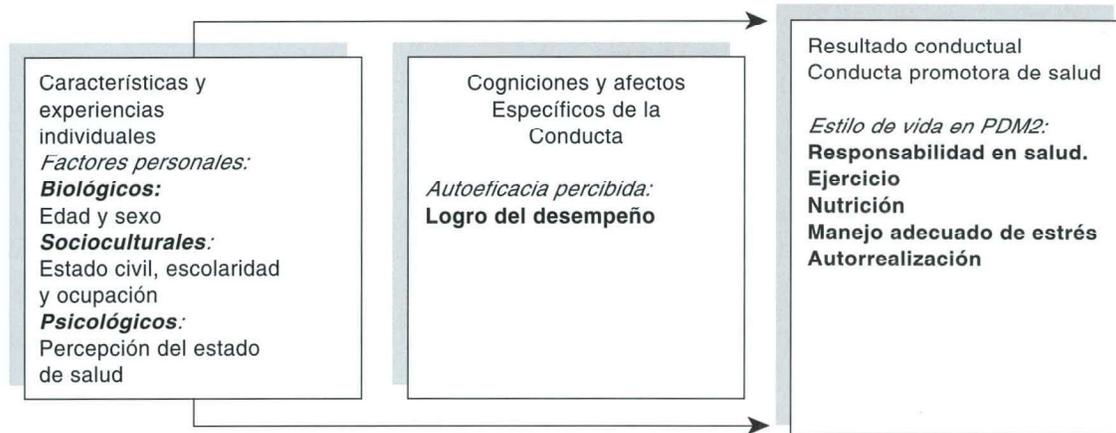
Variables	Gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Modelo 1	19	14028.705	738.353	4.730	.001
Residual	118	18421.340	156.113		
Modelo 1 edad, sexo, escolaridad, ocupación + percepción del estado de salud R^2 34,1 %					

Tabla 3: Regresión lineal múltiple efecto de la auto eficacia percibida sobre estilo de vida de la persona con Diabetes Mellitus 2

Variables	Gl	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Modelo 3	5	14894.223	2978.845	22.398	.000
Residual	132	17555.822	132.999		

Modelo 2 Autoeficacia percibida R^2 43,8%.

Figura 1:
Ubicación del problema de investigación en la teoría



(nutrición, ejercicio y responsabilidad en salud) con significancia estadística $p < .001$; la educación, ocupación y estado civil fueron predictivos del estilo de vida (nutrición, ejercicio, manejo de estrés con una $p < .001$, responsabilidad en salud con una $p < .005$), datos coincidentes con lo reportado por Arrijoja y Alonso (2001), Carmona (1999); la educación formal con el estilo de vida, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición reportó significancia estadística ($p < .001$).

La autoeficacia percibida mostró efecto en los estilos de vida (nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo de estrés con una $p < .005$), datos semejantes a los presentados por Arrijoja y Alonso (2001) y Rodríguez (1996), quienes reportaron que la autoeficacia percibida se relaciona positivamente con el estilo de vida, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición y manejo de estrés $p < .005$.

También los resultados coinciden con las proposiciones de Pender que dice que las características personales (heredadas y adquiridas) influyen en las creencias y promulgación de la conducta promotora de salud la autoeficacia percibida o competencia para ejecutar una conducta dada aumenta la probabilidad de compromiso

con la acción y la realización real de la conducta.

En apoyo a la proposición teórica, otros expertos ponderan que la persona debe tener un sentido de agencia personal, o autoeficacia para realizar el comportamiento preventivo. Debe creer que él o ella tiene las herramientas y habilidades necesarias para realizar el comportamiento bajo una variedad de circunstancias. Quien se percibe como "autoeficaz" siente que los acontecimientos no dominarán su existencia, sino que tiene control sobre los acontecimientos y que siempre habrá la posibilidad de cambiar, para bien, aquello que produce malestar o insatisfacción (Bandura & Fishbein, 1991 citados en Pender, 1996).

Es de gran relevancia el conocimiento obtenido en este estudio sobre que las personas con diabetes mellitus tipo 2 tienen confianza en sí mismas para el logro del desempeño en su nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud y manejo de estrés. Lo que ayudará a la enfermera y a otros profesionales de atención a la salud a realizar una planeación de intervenciones oportunas y adecuadas conjuntamente con las personas implicadas, quienes tienen capacidad para comprometerse con la parte que les corresponde.

CONCLUSIÓN

Los resultados confirman la relación positiva entre conceptos del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996): factores personales y autoeficacia percibida sobre el estilo de vida de la persona con diabetes mellitus 2. Por lo que se concluye que la persona con DM2 puede responder positivamente con acciones adecuadas para su control en conjunción con el profesional del cuidado, si se le proponen condiciones necesarias que le ayuden a mejorar su situación de salud, evitar o retrasar las complicaciones de su padecimiento.

Agradecimientos A la MCE Dolores Peña Martínez, jefa de enfermeras de la unidad de Medicina familiar N° 57 del Instituto Mexicano del Seguro Social por su apoyo en las facilidades para la realización de esta investigación. Al MCE Erick Landeros Olvera por su apoyo en la revisión de este artículo, miembro del Comité Editorial de la Revista Horizonte de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, C., Millán, F., & Valles, V. (2001). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, 43(5), 459-463.
- Arrijoa, G., & Alonso, M. (2001). *Estilos de Vida del Paciente con Hipertensión Arterial*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Bañuelos, P., & Gallegos, E. (2001). Autocuidado y control de adultos mayores con diabetes. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 9(4), 100-6.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Carmona (1999). *Relación de Factores Personales e Influencias Interpersonales con Práctica de Estilos de Vida Saludables de los Pacientes Diabéticos tipo 2*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Gallegos, E. (2003). *Salud en padecimientos crónicos: El reto del presente siglo*. Recuperado el 12 de julio, 2007 de <http://real.enfermeria.uanl.mx/boletin-junio-2003-3.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2005). *Estadísticas Demográficas: Base de datos*. Recuperado el 19 de marzo, 2007 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Landeros, E. (2000). El Panorama Epidemiológico de la Diabetes Mellitus. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 8(1-4), 50-56.
- México, Secretaría de Salud. (2000). *Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria*. NOM-015-SSA2-1994: autor.
- México, Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. Recuperado el 20 de junio, 2006 de <http://www.ssa.gob.mx>
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas: problema de gran envergadura*. Recuperado el 20 de junio, 2006 de <http://www.adezaragoza.com>
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3a. ed.). Norwalk, CN: Appleton & Lange.
- Pender, N., Walker, S., & Sechrist, K. (1997). Predictors of Participation in Health Promotion Activities by Elderly Couples Paddula. *Journal of Family Nursing*, 3, 88-106.
- Peña, M., & Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 101-110.
- Polit, D., & Hungler, B. (2002). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México DF: Interamericana, McGraw Hill.
- Rodríguez, M. (1996). *Conocimientos y percepciones de Salud de Adultos Jóvenes en Relación con su Estilo de Vida*. Tesis de Maestría, no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Sakraida, T. (2003). El modelo de promoción de la salud. En A. Marriner, & M. Raile. (Eds.). *Modelos y teoría en enfermería* (5ª ed.). Madrid, España: Mosby.

Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988). The MOS 36-item short-form general health survey: reliability and validity in a patient-population. *Medical Care*, *26*, 724-35.