

# Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2

## RESUMEN

**Introducción:** la diabetes tipo 2 es considerada como un problema de salud pública por su creciente prevalencia e incidencia. **Objetivo:** describir el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Tecmán, Colima, México. **Método:** estudio transversal, observacional. Se trabajó con 68 pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2; se utilizó un instrumento que midió el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado. El análisis de datos se realizó con Razón de Momios, intervalos de confianza al 95 % y fracción atribuible en expuestos. **Resultados:** los factores socioculturales tuvieron un leve efecto positivo en la capacidad de autocuidado (RM = 1,10; IC 95 %: 0,26-4,74) en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2. **Conclusiones:** los factores socioculturales: experiencias vitales, experiencias laborales, religión, costumbres y tradiciones, prácticas curativas y ritos, señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado, muestran un efecto positivo sobre la capacidad de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2.

## PALABRAS CLAVE

Diabetes Mellitus Tipo 2, autocuidado, atención al paciente, salud pública, enfermería (fuente: DeCS, BIREME).

## Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Galindo-Martínez, M. G.; Rico-Herrera, L.; Padilla-Raygoza, N. (2014). Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. *Aquichan*. Vol. 14, No. 1, 7-19.

- 1 Magíster en Ciencias de Enfermería. Hospital General Tecmán, México. bryangabriel\_29@hotmail.com
- 2 Doctora en Salud Pública. Universidad de Guanajuato, México. laurarico.seade@gmail.com
- 3 Doctor en Ciencias, Epidemiología. Universidad de Guanajuato, México. raygosan@ugto.mx

Recibido: 5 de agosto de 2013  
Enviado a pares: 4 de septiembre de 2013  
Aceptado por pares: 2 de noviembre de 2013  
Aprobado: 2 de noviembre de 2013

# *The Effect of Socio-cultural Factors on the Self-care Capacity of Hospitalized Patients with Type 2 Diabetes*

## ABSTRACT

**Introduction:** Type 2 diabetes is considered a public health problem because of its increasing prevalence and incidence. **Objective:** The purpose of this research is to describe the effect of socio-cultural factors on the self-care capacity of patients with type 2 diabetes who are hospitalized at the Tecomán General Hospital in Colima, Mexico. **Method:** This is a cross-sectional, observational study of 68 hospitalized patients with type 2 diabetes. An instrument to measure the effect of socio-cultural factors on the capacity for self-care was used. Data analysis was conducted with the odds ratio method, confidence intervals at 95 % and attributable fraction in exposures. **Results:** Socio-cultural factors had a slight positive effect on the capacity for self-care among hospitalized patients with type 2 diabetes (RM = 1.10, 95 % CI, 0.26 to 4.74). **Conclusions:** The socio-cultural factors outlined in the General Self-care Deficit Theory; namely, life experiences, work experiences, religion, customs and traditions, healing practices and rituals, were shown to have a positive effect on the self-care capacity of people with type 2 diabetes.

## KEY WORDS

Diabetes Mellitus, Type 2, self-care, patient care, public health, nursing (source: DeCS, BIREME).

# *Efeito dos fatores socioculturais na capacidade de autocuidado do paciente hospitalizado com diabetes tipo 2*

## RESUMO

**Introdução:** a diabetes tipo 2 é considerada um problema de saúde pública por sua crescente prevalência e incidência. **Objetivo:** descrever o efeito dos fatores socioculturais na capacidade de autocuidado do paciente hospitalizado com diabetes tipo 2 no Hospital General de Tecmán, Colima, México. **Método:** estudo transversal, observacional. Trabalhou-se com 68 pacientes hospitalizados com diabetes tipo 2; utilizou-se um instrumento que mediu o efeito dos fatores socioculturais na capacidade de autocuidado. A análise de dados foi realizada com Razão de Chances, intervalos de confiança de 95 % e fração atribuível em expostos. **Resultados:** os fatores socioculturais tiveram um leve efeito positivo na capacidade de autocuidado (RM = 1,10; IC 95 %: 0,26-4,74) em pacientes hospitalizados com diabetes tipo 2. **Conclusões:** os fatores socioculturais, como experiências vitais, experiências laborais, religião, costumes e tradições, práticas curativas e rituais, indicados na Teoria Geral do Déficit de Autocuidado, mostram um efeito positivo sobre a capacidade de autocuidado das pessoas com diabetes tipo 2.

## PALAVRAS-CHAVE

Diabetes Mellitus Tipo 2, autocuidado, assistência ao paciente, saúde pública, enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la diabetes afecta a 200 millones de personas en el mundo, muchas de ellas en países en desarrollo (1). En México se considera que hay 400.000 nuevos casos al año y ocasiona 60.000 muertes anuales, siendo la primera causa de mortalidad (2). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México 2006 (Ensanut), la prevalencia de diabetes se incrementó en 14 % (3), esperando que para el año 2025 existan 12,6 millones de personas con diabetes en el país (4).

La tasa de mortalidad por diabetes se incrementó hasta el 70,8 % en el 2008, según el Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) (5). En el Estado de Colima, la diabetes tipo 2 es la segunda causa de mortalidad con una tasa de 74,2 por cada 100.000 habitantes (6).

Los pacientes con diabetes tipo 2 requieren un control basado en un régimen de autocuidado que favorezca el manejo y monitoreo de la enfermedad, donde el individuo debe participar activamente, por lo que debe tener los conocimientos, las habilidades y las motivaciones para poder desempeñar su autocuidado con el fin de promover, mantener y conservar la salud y el bienestar. La OMS plantea que el 95 % del tratamiento del paciente diabético recae directamente en él (7).

La teoría de déficit de autocuidado de Dorotea Orem tiene tres subteorías relacionadas entre sí, cuyo objetivo principal es que el agente de autocuidado lleve a cabo y mantenga acciones para conservar la salud y la vida (8). El autocuidado es una acción aprendida por una persona en su contexto sociocultural, que se inicia de manera voluntaria a fin de mantener la vida, la salud y el bienestar (8). El desempeño descansa en el conocimiento, las habilidades y las motivaciones desarrolladas y ejercitadas específicamente para el autocuidado (9).

Orem señala que hay factores condicionantes básicos (FCB) que influyen en las capacidades del individuo para realizar el autocuidado (10), y los clasifica en cuatro grupos: los descriptivos, el patrón de vida, el sistema y estado de salud, y el estado del desarrollo; los factores socioculturales (FSC) forman parte de los descriptivos, concebidos como un sistema complejo e interrelacionado del ambiente social y del sistema de las creencias de las personas y los recursos disponibles (11). Según Orem, los facto-

res socioculturales afectan a las demandas de autocuidado de los individuos limitando los medios para satisfacerlas (12).

A partir de lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿cuál es el efecto de los FSC en la capacidad de autocuidado de pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Tecomán, Colima, México?

La hipótesis de trabajo es que los factores socioculturales tienen un efecto positivo en la capacidad de autocuidado de pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2 en el Hospital General de Tecomán.

## Materiales y métodos

Tipo de estudio transversal observacional, realizado en el Hospital General de Tecomán, de la Secretaría de Salud del Estado de Colima en México, durante el año 2012. El universo estuvo compuesto por pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 hospitalizados en el Hospital General de Tecomán, Colima.

**Tamaño de muestra.** Se invitó a participar a 73 pacientes de los cuales aceptaron 68 (93,15 %). Se esperaba que el 50 % tuvieran capacidad de autocuidado (CAC) alta y factores socioculturales (FSC) adecuados, y que el 15 % tuvieran CAC alto y FSC inadecuados (10); el tamaño mínimo de muestra fue de 32 sujetos con FSC adecuados y 32 con FSC inadecuados, con 95 % de precisión y 80 % de poder (EpiInfo 3.5.1, 2008, CDC, Atlanta, GA, EUA).

### *Selección de los participantes*

**Criterios de inclusión.** Pacientes adultos de ambos géneros, con diagnóstico de diabetes tipo 2 hospitalizados en el Hospital General de Tecomán, que hubieran aceptado participar con la firma del consentimiento informado, con un tiempo mínimo de un año desde su diagnóstico de diabetes tipo 2,

**Criterios de exclusión.** Pacientes con diabetes gestacional, diabetes tipo 1, pacientes con deterioro neurológico, estado crítico de salud o que no aceptaran participar en el estudio.

**Medición de variables.** Se recogieron datos acerca de la edad, el género, la religión, la escolaridad, la ocupación, el ingreso mensual, el estado civil y el sistema que utiliza para la atención en salud.

**Factores socioculturales.** Es el sistema múltiple, complejo e interrelacionado del ambiente social y del sistema de creencias espirituales de la persona; el nivel de educación, la ocupación que desempeña, las experiencias laborales o las experiencias vitales afectan directa o indirectamente la agencia de autocuidado (13). Se midió como adecuado (76 a 152 puntos) o inadecuado (0 a 75 puntos). Tiene las dimensiones: experiencias laborales, experiencias vitales, religión, costumbres y tradiciones y prácticas curativas o ritos. Se midió con el instrumento “Cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2”, basado en el cuestionario diseñado por Jiménez “Factores socioculturales que influyen en el patrón de vida del adulto maduro con obesidad” (14); este cuestionario está constituido por 38 ítems que contienen las experiencias laborales, vitales, religión, costumbres y tradiciones, prácticas curativas o ritos, con respuestas en escala tipo Likert —nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2), casi siempre (3), siempre (4)—, con un alfa de Cronbach de 0,74 de confiabilidad.

**Capacidad de autocuidado.** Son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, el juicio, la toma de decisiones y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar (8). Se calificó como alta capacidad de autocuidado (79 a 124 puntos) y baja capacidad de autocuidado (33 a 78 puntos). Tiene tres dimensiones: conocimientos (satisfactorios 21 a 40 puntos y no satisfactorios 0 a 20 puntos); habilidades (suficiente 21 a 40 puntos, insuficiente 0 a 20 puntos); motivaciones (adecuada 23 a 44 puntos e inadecuada 0 a 22 puntos). Se midió con el “Cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2”, con un alfa de Cronbach de 0,74 de confiabilidad basado en el cuestionario de Flores “Escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2” (13); consta de 31 ítems, 10 valoran conocimientos, 10 las habilidades y 11 las motivaciones; las respuestas son escala tipo Likert —nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2), casi siempre (3) y siempre (4)—.

### **Procedimientos del estudio**

Inicialmente se revisaron las hojas de movimiento diario de pacientes que se encontraban hospitalizados en los servicios de medicina interna, cirugía general y urgencias del Hospital

General de Tecomán, para identificar aquellos que tenían el diagnóstico de diabetes tipo 2 y que cumplieran con los criterios de elegibilidad; posteriormente se les invitó a participar en el estudio, se les explicaron los objetivos, el manejo confidencial de los datos y en qué consistía su participación, también se les explicó que su participación era voluntaria. Después de responder preguntas se les solicitó la firma del consentimiento informado para proceder a la recolección de datos. Posteriormente se continuó con la aplicación del instrumento a través de la técnica de entrevista la cual tuvo una duración de 40 minutos.

**Análisis estadístico.** Se utilizó una base de datos de STATA 10.0® (STATA Corporation, College Station, TX, EUA). Para las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentaje para las categóricas. Se calculó Razón de Momios (RM) e intervalos de confianza al 95 % (IC 95 %) para medir el efecto de los FSC en la CAC; a fin de conocer el impacto de los FSC sobre la CAC se calculó la fracción atribuible en expuestos (FAe). Para demostrar la asociación entre FSC y CAC se calculó chi cuadrado y valor de p. Para demostrar significancia estadística de los resultados el valor de p se fijó en 0,05.

## **Resultados**

La muestra estuvo integrada por 68 pacientes con diabetes tipo 2 con un rango de edad de 43 a 70 años, con media de 57,5 y desviación estándar de 7,58.

Las características sociodemográficas de los sujetos participantes se muestran en el Cuadro 1.

En el Cuadro 2 se observa la tabulación entre los factores socioculturales y la capacidad de autocuidado. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ( $p > 0,05$ ).

Las experiencias laborales como dimensión de factores socioculturales se tabularon con capacidad de autocuidado, encontrando que no hay asociación estadísticamente significativa, aunque los que reportaron experiencias laborales inadecuadas tuvieron casi dos y media veces más probabilidad de tener capacidad de autocuidado baja (Cuadro 3).

Las experiencias vitales se reportaron muy semejantes entre los que tuvieron capacidad de autocuidado baja o adecuada, y

no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ); lo mismo aconteció para las dimensiones de religión y prácticas curativas y ritos (Cuadro 3); solo se encontró una asociación estadísticamente significativa para la dimensión de costumbres y tradiciones ( $p < 0,05$ ); los pacientes con capacidad de autocuidado bajo tuvieron 17 veces mayor probabilidad de tener costumbres y tradiciones inadecuadas que los sujetos con capacidad de autocuidado alta; se tiene un 95 % de confianza en que la verdadera Razón de Momios en la población está entre 1,43 a 202,50; hay un efecto positivo de las costumbres y tradiciones inadecuadas sobre la capacidad de autocuidado y, de acuerdo con la fracción atribuible en expuestos, el 94 % de los pacientes que tuvieron capacidad de autocuidado baja se hubieran evitado si las costumbres y tradiciones hubieran sido adecuadas (Cuadro 3).

Ninguna de las dimensiones de los FSC mostró una asociación significativa con los conocimientos de la capacidad de autocuidado (Cuadro 4).

Las costumbres y tradiciones como parte de los FSC muestran una fuerte asociación estadísticamente significativa con habilidades de la capacidad de autocuidado ( $p < 0,05$  y RM 80,0); la fracción atribuible en expuestos indica que el 98,75 % de los pacientes con habilidades insuficientes se hubieran evitado si las costumbres y tradiciones hubieran sido adecuadas (Cuadro 5). El resto de dimensiones de los FSC no mostró relación significativa con las habilidades de la capacidad de autocuidado.

Las dimensiones de FSC y motivación para la capacidad de autocuidado muestran que las costumbres y tradiciones tienen una asociación estadísticamente significativa con la motivación ( $p < 0,05$ ), y que los que tuvieron motivación inadecuada tenían una probabilidad 8 veces mayor de tener costumbres y tradiciones inadecuadas; el 87 % de los casos con motivación inadecuada se hubieran evitado si las costumbres y tradiciones fueran apropiadas (Cuadro 6).

## Discusión

Debido a que la muestra fue seleccionada por conveniencia los resultados no se pueden generalizar para la población de donde se obtuvieron los sujetos en estudio; además, existía el potencial de sesgos. Se pretendió estudiar al total del universo que fue de 73 pacientes hospitalizados que cumplían con los criterios de inclusión, pero solo aceptaron participar 68 (93 %).

Con respecto a las variables de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado no hubo asociación estadística, lo cual puede deberse al tamaño de muestra pequeño. Cabe resaltar que en una de las dimensiones correspondientes al factor sociocultural de costumbres y tradiciones, los pacientes con capacidad de autocuidado baja tuvieron 17 veces mayor probabilidad de tener costumbres y tradiciones inadecuadas que los sujetos con capacidad de autocuidado alta; hay una fuerte asociación estadística significativa entre costumbres y tradiciones con capacidad de autocuidado ( $p = 0,002$ ), y existe un impacto en estas variables, ya que el porcentaje de los pacientes que tuvieron capacidad de autocuidado baja (94 %) se hubiera podido modificar si las costumbres y tradiciones fueran adecuadas (Cuadro 3). Romero (15) en su estudio ratifica que la capacidad de autocuidado de la persona con diabetes tipo 2 está vinculada a múltiples factores que merecen la atención de los profesionales de la salud en lo que se refiere a la proposición de programas de educación. Los hallazgos obtenidos en su estudio contribuyen a la comprensión de los factores sociales y culturales como dimensiones importantes del autocuidado. Orem refiere en su teoría que las orientaciones socioculturales influyen en las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en gran parte limitando los requisitos del mismo y los medios para satisfacerlos, que serán aceptados como componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de las personas (16). Es importante identificar los conocimientos de los elementos culturales interiorizados en las personas con diabetes tipo 2 y por los miembros del grupo social al que pertenecen en su autoconcepto y sistema de valores, y de esta forma partir de lo conocido y aceptado por ellos para el cumplimiento de las medidas de autocuidado a fin de favorecer o direccionar dichas acciones.

Por otro lado, en la tabulación de la dimensión del factor sociocultural costumbres y tradiciones con conocimientos de la capacidad de autocuidado se obtuvo una probabilidad de 0,08; los pacientes que reportaron conocimientos no satisfactorios tuvieron siete y media veces más probabilidad de tener costumbres y tradiciones inadecuadas comparados con los que tenían conocimientos satisfactorios. Aunque no hubo asociación estadística entre las variables de conocimientos y costumbres y tradiciones ( $p = 0,08$ ), se observa que existe un impacto, ya que el porcentaje de los pacientes que tenían conocimientos no satisfactorios (86 %) se hubiera podido modificar si las costumbres y tradiciones fueran adecuadas (Cuadro 4). La adquisición de conocimientos para el autocuidado está influida por el nivel de madurez, conocimientos, experiencias

de vida, hábitos de pensamiento y condiciones ambientales de la persona, por lo que se debe iniciar con la toma de decisiones sobre las acciones que se van a llevar a cabo, lo que requiere de esfuerzo y perseverancia para lograr los objetivos fijados, pero para ello la persona necesita de conocimientos específicos y habilidades precisas, además de motivación para iniciar y continuar con su autocuidado (9).

Los pacientes que tuvieron habilidades insuficientes presentaron 80 veces más probabilidad de tener costumbres y tradiciones inadecuadas que aquellos que reportaron habilidades suficientes. Además, hay una fuerte asociación estadística entre las variables habilidades y costumbres y tradiciones ( $p = 0,00001$ ). El porcentaje de los pacientes que tuvieron habilidades insuficientes (98,75 %) se hubiera podido modificar si las costumbres y tradiciones hubieran sido adecuadas (Cuadro 5).

Las costumbres y tradiciones demostraron una importante asociación estadísticamente significativa con la motivación de la capacidad de autocuidado ( $p < 0,05$ ), y los que reportaron motivación inadecuada tuvieron casi ocho veces mayor probabilidad de costumbres y tradiciones inadecuadas que los sujetos que reportaron motivación adecuada; además, el porcentaje de los pacientes que reportaron habilidad inadecuada (87 %) se hubiera podido modificar si las costumbres y tradiciones hubieran sido adecuadas (Cuadro 6).

Un estudio realizado por Flores (13) demostró que el conocimiento de la enfermedad influye significativamente en las habilidades y motivaciones en el autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2. Orem refiere que el ocuparse del autocuidado requiere de habilidades para autorregularse en un entorno estable o cambiante, y dichas habilidades van a estar condicionadas por las orientaciones socioculturales, la edad y los recursos disponibles (16); con estos resultados se confirma que las habilidades

son una parte indispensable en las capacidades de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

Se observa que las dimensiones de experiencias laborales, religión, prácticas curativas y ritos no mostraron asociación significativa con la capacidad de autocuidado ni con sus dimensiones (conocimientos, habilidades y motivaciones). Esto se puede deber al tamaño de muestra pequeño, ya que este se recalculó con los resultados obtenidos, siendo de 42 integrantes con factores socioculturales adecuados y 42 con factores socioculturales inadecuados (STATA 10.0® College Station, TX, EUA).

## Conclusión

Con los resultados obtenidos se concluye que de las dimensiones de los factores socioculturales, las costumbres y tradiciones muestran un impacto sobre la capacidad de autocuidado en las personas hospitalizadas con diabetes tipo 2.

Estos resultados permiten tener evidencia en la identificación de factores socioculturales que tienen efecto sobre la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2, lo cual nos permitirá diseñar estrategias de intervención para tratar de modificar las costumbres y tradiciones de la población estudiada.

En este rubro, el profesional de enfermería, al identificar los factores socioculturales que inciden en la capacidad de autocuidado, estará en condiciones de proporcionar una atención de enfermería efectiva garantizando con esto una atención holística, homogénea, con calidad, equidad y eficiencia desde un punto de vista intercultural, pero sobre todo con un enfoque particular hacia el mantenimiento de un sistema de apoyo educativo de enfermería y de acuerdo con lo estipulado con Dorothea E. Orem que establece que las enfermeras se caracterizan por su capacidad de aplicar sus conocimientos y habilidades en una variedad de situaciones y ser un agente transmisor de dichos conocimientos.

## Referencias

---

1. García H, Meaney E, Vargas G, Escalante M, Aldrete J. Revisión actual de los conocimientos sobre la absorción intestinal de carbohidratos y su relación con la prevención del riesgo cardiovascular. *Medicina Interna de México*. 2011;27(3):270-9.
2. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Diabetes Mellitus 2007-2012. México, D.F. Secretaría de Salud. 2008 [visitado 2013 julio 15]. Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/diabetes-mellitus>
3. García-Alcalá H, Meaney-Mendiola E, Vargas-Ayala G, Escalante Pulido M. Revisión actual de los conocimientos sobre la absorción intestinal de carbohidratos y su relación con la prevención del riesgo cardiovascular. *Rev Medicina Interna México*. 2011;27(3):270-80.
4. Sistema Nacional de Información en Salud. Principales causas de mortalidad general por entidad federativa. 2008 [visitado 2011 agosto 16]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
5. Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (SAEH). Principales causas de mortalidad y morbilidad Hospital General Tecmán; 2010.
6. INEGI. Estadísticas a propósito del día Mundial de la Diabetes. 2010 [visitado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2773&ep=46>
7. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Diabetes. 2010 [visitado 2013 julio 30]. Disponible en: <http://www.worlddiabetesday.org/es>
8. Francisco C, Benavente MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. 2 Ed. Barcelona: Harcourt; 2000. p. 317-47.
9. Dennis CM. Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications. St. Louis: Mosby; 1997.
10. Estrella J. Factores socioculturales que influyen en la capacidad de autocuidado de la mujer embarazada. [Tesis de Maestría]. Celaya, Guanajuato, Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya/Universidad de Guanajuato; 2007. pp. 15-25.
11. Fernández A, Manrique F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av Enferm*. 2011 [visitado 2013 julio 19]. 29(1): 22 pantallas. Disponible en [http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002011000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100004&lng=es&nrm=iso)
12. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Santiago: Organización Panamericana de la Salud. 2006 [visitado 2011 agosto 30]. Disponible en: <http://www7.uc.cl/enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf>
13. Flores S. Influencia del conocimiento de la enfermedad en las habilidades y motivaciones en el autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Desarrollo Científic Enferm*. 2006;14(9):357-361.
14. Jiménez R. Factores socioculturales que influyen en el patrón de vida del adulto maduro con obesidad. [Tesis de Maestría]. Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya/Universidad de Guanajuato; 2010. p. 23-35.
15. Romero I, Dos Santos M, Aparecida T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(6):1-9.
16. Savannah GA. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, Masson; 1993. p. 154.



**Cuadro 1.** Características sociodemográficas cualitativas de los participantes, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Variable	N	Porcentaje
<b>Género</b>		
Masculino	21	30,88
Femenino	47	69,12
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	2	2,94
Casado(a)	38	55,88
Viudo(a)	12	17,65
Divorciado	4	5,88
Unión libre	12	17,65
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna	11	16
Primaria incompleta	29	43
Primaria	14	20
Secundaria	14	21
<b>Religión</b>		
Católica	51	75
Protestante	2	3
Evangélica	2	3
Testigos de Jehová	3	4
Ninguna	2	3
Otra	8	12
<b>Ingreso económico</b>		
Menos de 1500	13	19
1500-3000	8	12
3000-6000	5	7
Sin percepción de ingresos	42	62

Fuente: cuestionarios del estudio.

**Cuadro 2.** Tabulación de factores socioculturales y capacidad de autocuidado, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Factores socioculturales	Capacidad de autocuidado		Total n	χ <sup>2</sup>	Valor de p	RM (IC 95%)	FAe (%)
	Baja n (%)	Alta n (%)					
Inadecuados	3 25,00	9 75,00	12				
Adecuados	13 23,21	43 76,79	56				
Total	16	52	68	0,02	0,89	1,10 (0,26 a 4,74)	9,09

RM: Razón de Momios. FAe: Fracción atribuible en expuestos. IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %.

Fuente: cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 y escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

**Cuadro 3.** Tabulaciones de las dimensiones de factores socioculturales y capacidad de autocuidado, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Dimensiones de factores socioculturales	Capacidad de autocuidado		Total n	χ <sup>2</sup>	Valor de p	RM (IC 95%)	FAe (%)
	Baja n (%)	Alta n (%)					
<b>Experiencias laborales</b>							
Inadecuado	9 (33,33)	18 (66,67)	27	2,36	0,12	2,43 (0,75 a 7,83)	58,84
Adecuado	7 (17,07)	34 (82,93)	41				
<b>Experiencias vitales</b>							
Inadecuado	8 (22,22)	28 (77,78)	36	0,07	0,79	0,86 (0,28 a 2,65)	16,28
Adecuado	8 (25,00)	24 (75,00)	32				
<b>Religión</b>							
Inadecuado	8 (30,77)	28(69,23)	36	1,23	0,27	1,89 (0,60 a 5,98)	47,09
Adecuado	8 (19,05)	24(80,95)	32				
<b>Costumbres y tradiciones</b>							
Inadecuado	4 (80,00)	1 (20,00)	5	9,56	0,002	17,00 (1,43 a 202,50)	94,12
Adecuado	12 (19,05)	51 (80,95)	63				
<b>Prácticas curativas y ritos</b>							
Inadecuado	2 (25,00)	6 (75,00)	8	0,01	0,92	1,10 (0,20 a 6,12)	9,09
Adecuado	14 (23,33)	46 (76,67)	60				

RM: Razón de Momios. FAe: Fracción atribuible en expuestos. IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %.

Fuente: cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 y escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

**Cuadro 4.** Tabulación de dimensiones de factores socioculturales con conocimiento, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Dimensiones de factores socioculturales	Conocimiento		Total n	$\chi^2$	Valor de p	RM (IC 95%)	FAe (%)
	No satisfactorio n (%)	Satisfactorio n (%)					
<b>Experiencias laborales</b>							
Inadecuado	1 (3,70)	26 (96,30)	27	0,05	0,82	0,75 (0,06 a 8,87)	33,33
Adecuado	2 (4,88)	39 (95,12)	41				
<b>Experiencias vitales</b>							
Inadecuado	1 (2,78)	35 (97,22)	36	0,48	0,49	0,43 (0,04 a 5,10)	100
Adecuado	2 (6,25)	30 (93,75)	32				
<b>Religión</b>							
Inadecuado	2 (7,69)	24 (92,31)	26	1,06	0,30	3,42 (0,28 a 41,24)	70,76
Adecuado	1 (2,38)	41 (97,62)	42				
<b>Costumbres y tradiciones</b>							
Inadecuado	1 (20,00)	4 (80,00)	5	3,06	0,08	7,63 (0,52 a 111,93)	86,89
Adecuado	2 (3,17)	61 (96,83)	63				
<b>Prácticas curativas y ritos</b>							
Inadecuado	0 (0,00)	8 (100,00)	8	0,53	0,47	2,05 (0,29 a 14,73)	51,22
Adecuado	3 (5,00)	57 (95,00)	60				

RM: Razón de Momios. FAe: Fracción atribuible en expuestos. IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %.

Fuente: cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 y escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

**Cuadro 5.** Tabulación de dimensiones de factores socioculturales y habilidad de autocuidado, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Dimensiones de factores socioculturales	Habilidad		Total n	X <sup>2</sup>	Valor de p	RM (IC 95%)	FAe (%)
	Insuficiente n (%)	Suficiente n (%)					
<b>Experiencias laborales</b>							
Inadecuado	3 (11,11)	24 (88,89)	27	0,03	0,9	1,16 (0,23 a 5,70)	13.79
Adecuado	4 (9,76)	37 (90,24)	41				
<b>Experiencias vitales</b>							
Inadecuado	3 (8,33)	33 (91,67)	36	0,31	0,58	0,64 (0,13 a 3,14)	56.25
Adecuado	4 (12,50)	28 (87,50)	32				
<b>Religión</b>							
Inadecuado	3 (11,54)	23 (88,46)	26	0,07	0,79	1,24 (0,25 a 6,12)	19.35
Adecuado	4 (9,52)	38 (90,48)	42				
<b>Costumbres y tradiciones</b>							
Inadecuado	4 (80,00)	1 (20,00)	5	27,28	0,00001	80,00 (6,70 a 954,52)	98.75
Adecuado	3 (4,76)	60 (95,24)	63				
<b>Prácticas curativas y ritos</b>							
Inadecuado	1 (12,50)	7 (87,50)	8	0,05	0,83	1,29 (0,13 a 12,52)	22.48
Adecuado	6 (10,00)	54 (90,00)	60				

RM: Razón de Momios. FAe: Fracción atribuible en expuestos. IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %.

Fuente: cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 y escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.

**Cuadro 6.** Tabulación de dimensiones de factores socioculturales y motivación para el autocuidado, Hospital General Tecomán, Colima, México 2012 (n = 68)

Dimensiones de factores socioculturales	Motivación		Total n	X <sup>2</sup>	Valor de p	RM (IC 95%)	FAe (%)
	Inadecuada n (%)	Adecuada n (%)					
<b>Experiencias laborales</b>							
Inadecuado	7 (25,93)	20 (74,07)	27	1,32	0,25	2,04 (0,59 a 7,07)	50,98
Adecuado	6 (14,63)	35 (85,37)	41				
<b>Experiencias vitales</b>							
Inadecuado	5 (13,89)	31 (86,11)	36	1,33	0,25	0,41 (0,14 a 1,71)	100,00
Adecuado	8 (25,00)	24 (75,00)	32				
<b>Religión</b>							
Inadecuado	7 (26,92)	19 (73,08)	26	1,63	0,21	2,21 (0,63 a 7,70)	54,75
Adecuado	6 (14,29)	36 (85,71)	42				
<b>Costumbres y tradiciones</b>							
Inadecuado	3 (60,00)	2 (40,00)	5	5,75	0,02	7,95 (1,06 a 59,64)	87,42
Adecuado	10 (15,87)	53 (84,13)	63				
<b>Prácticas curativas y ritos</b>							
Inadecuado	1 (12,50)	7 (87,50)	8	0,25	0,62	0,57 (0,06 a 5,20)	75,44
Adecuado	12 (20,00)	48 (80,00)	60				

RM: Razón de Momios. FAe: Fracción atribuible en expuestos. IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %.

Fuente: cuestionario para identificar el efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes tipo 2 y escala para determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes con diabetes tipo 2.