



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis
Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en
Adolescentes con Antecedente de Diabetes Tipo 2

Presenta:
LE. Cadena Martínez Luz María

Para Obtener el Grado de Maestra en Enfermería

Agosto 2016



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



Tesis
Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en
Adolescentes con Antecedente de Diabetes Tipo 2

Presenta:
LE. Cadena Martínez Luz María

Director de Tesis:
MCE. Marcela Flores Merlo

Para Obtener el Grado de Maestra en Enfermería

Agosto 2016

Tesis: Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en Adolescentes con Antecedente de Diabetes Tipo 2

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Marcela Flores Merlo
Presidente

DCE. Beatriz García Solano
Secretario

ME. Elizabeth Domínguez González
Vocal 1

ME. Rayo Cruz Rivera
Vocal 2

Marcela Flores Merlo
Directora de Tesis

MCE. Ma. de la Luz Bonilla Luis
Directora

MCE. Graciela Arrijoja Morales
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado

Agosto 2016

Tesis: Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida Relacionada en Adolescentes con
Antecedente de Diabetes Tipo 2.

Número de registro: SIEP/ME/009/2016

Jurado de Examen de Grado

MCE. Marcela Flores Merlo
Presidente

DCE. Beatriz García Solano
Secretario

ME. Elizabeth Domínguez González
Vocal 1

ME. Rayo Cruz Rivera
Vocal 2

Marcela Flores Merlo
Directora de Tesis

MCE. Ma. de la Luz Bonilla Luís
Directora

MCE. Graciela Arrijoja Morales
Secretaria de Investigación y Estudios de
Posgrado

Agosto 2016

Agradecimientos

A Dios por concederme la vida y por haber permitido que concluyera este proyecto

A mi madre por apoyarme incondicionalmente y por su apoyo moral.

A mi hijo, amigo porque has estado conmigo, me has comprendido durante mi formación académica.

A mi directora de tesis, revisores por la dedicación y compromiso que me brindaron en todo momento.

Al cuerpo de docentes por compartir sus conocimientos para que alcanzara mi meta.

A mis amistades que estuvieron conmigo apoyándome moralmente.

Resumen

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Fecha de Presentación
Agosto 2016

Título: Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida en el Adolescente con Antecedente de Diabetes Tipo 2

Candidato para el Grado de Maestra en Enfermería

Número de páginas: 53

Área de Estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito: Identificar la Agencia de Autocuidado (AAC) y relación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adolescentes de 15 a 18 años con Antecedente de Diabetes tipo 2 (DT2) en un Bachillerato de una zona urbana; se sustentó en la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem (1993).

Método: El diseño fue descriptivo, transversal, correlacional y predictivo; la muestra se conformó por 142 adolescentes; el diseño del muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Instrumentos: cédula de datos sociodemográficos del adolescente con antecedente heredofamiliar de DT2, escala para estimarla agencia de autocuidado (AAC), y cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados: en el presente estudio predominó el género femenino, el antecedente familiar de DT2, predominó la abuela materna, abuela paterna, papá y la mamá del adolescente. El género femenino presentó mayor porcentaje en la categorización desde baja, buena y muy buena AAC y al categorizar de mayor a menor CVRS el género femenino predominó. Además al comparar la AAC y CVRS por género y edad, presentaron diferencias significativas al avanzar la edad. Al correlacionar la AAC y CVRS se obtuvo una relación fuerte entre las variables; al igual que al correlacionar la AAC y actividad física se obtuvo una relación negativa fuerte entre estas.

Conclusiones: El estudio permitió describir la AAC y CVRS en los adolescentes respecto al género, edad en el adolescente con antecedente de DT2 por lo que es importante realizar más estudios en esta población haciendo uso de los cuestionarios utilizados en esta investigación.

Firma de la Director de Tesis: _____

Tabla de contenido

	Pág.
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	3
1.3 Marco de Referencia	3
1.3.1 Ubicacion del Fenómeno de Estudio en el Marco de Referencia	7
1.3.2 Estructura Conceptual, Teórico-Empírica	8
1.4 Estudios Relacionados	9
1.5 Definición Operacional	14
1.6 Objetivo General	15
1.7 Hipótesis	15
Capítulo II	
Metodología	
2.1 Diseño de Estudio	16
2.2 Población	16
2.3 Muestreo y Muestra	16
2.4 Criterios de Selección	16
2.4.1 Criterios de Inclusión	16
2.4.2 Criterios de Exclusión	16
2.4.3 Criterios de Eliminación	17
2.5 Instrumentos	17

2.6 Procedimiento	19
2.7 Ética del Estudio	20
2.8 Plan de Análisis Estadístico	21
Capítulo III	
Resultados	
3.1 Progresión del Diseño	22
3.2 Características Sociodemográficas	22
3.3 Análisis Descriptivo de las Variables de Estudio	25
3.4 Confiabilidad de los Instrumentos	28
3.5 Prueba de Normalidad	28
3.6 Prueba de Hipótesis	31
Capítulo IV	
Discusión	34
4.1 Recomendaciones	36
4.2 Conclusiones	36
Referencias	37
Apéndices	
A. Consentimiento Informado para Padres	42
B. Carta de Asentimiento para Adolescentes	44
C. Cédula Sociodemográfico del Adolescente con Antecedente Heredofamiliar de DT2	45
D. Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (ASA)	47
E. Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	49

Lista de Tablas

	Pág.
1. Estadística Descriptiva de los Datos Sociodemográficos	23
2. Antecedente de DT2 del Adolescente	24
3. Categorización de la Agencia de Autocuidado por Género	25
4. Categorización de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud por Género	25
5. Estadística Descriptiva de las Variables de Interés	26
6. Promedio de la Agencia de Autocuidado por Género y edad	26
7. Promedio de Calidad de vida relacionada con la Salud por Género y Edad	27
8. Confiabilidad del Alfa de Cronbach de AAC y CVRS	28
9. Índices de las Variables de Estudio y Prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	29
10. Correlación de Pearson entre la AAC y CVRS	31
11. Correlación de Pearson entre la AAC y Actividad Física	33

Lista de Figuras

	Pág.
1. Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría	7
2. Estructura Conceptual Teórica-Empírica	8

Lista de Gráficos

	Pág.
1 Histograma AAC	30
2 Histograma CVRS	30
3 Diagrama de Dispersión de la AAC y CVRS	32

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La adolescencia se considera a toda población entre los 10 a 19 años, se divide en dos fases, adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia [CeNSIA], 2010).

Hoy en día las enfermedades crónicas degenerativas van en aumento tanto en el adulto como en los adolescentes. La Diabetes Tipo 2 (DT2) a nivel mundial es considerada un problema de salud; ya que existen 415 millones de habitantes con esta enfermedad y se estima que para el 2040 esta cifra se incremente a 642 millones de habitantes. Con lo que respecta a la distribución por género predomina con un 215.2 millones los hombres y 199.5 millones las mujeres que la padecen (Federación Internacional de la Diabetes [FID], 2015).

A nivel nacional, en la población adulta se reportan 34.794 casos de DT2 en hombres y 46.021 en mujeres; en México 4.591 casos en hombres y 6.170 en mujeres y en el estado de Puebla 2.796 casos en hombres y 1.846 en mujeres (Boletín de Vigilancia Epidemiológica, 2016).

En la república mexicana se reportan 218 casos de DT2 en un grupo de edad de 15 a 19 años, el estado Puebla ocupa el onceavo lugar a causa de esta enfermedad con 27 casos en el mismo grupo de edad (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2014). En la población adolescente de 10 a 19 años la entidad de Puebla registró 81 defunciones, siendo 50 defunciones del género femenino y 31 defunciones en hombres (Perfil Epidemiológico de la Población Adolescente en México, 2010).

A nivel nacional se reporta una población total de 21.966.049 en un grupo de edad de 10 a 19 años; de donde 5.520.121 son hombres y 5.505.991 en mujeres en el grupo de 15 a 19 años, el estado de Puebla reporta una población de 604.094 adolescentes de 15 a 19 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010). De acuerdo a lo anterior la población adolescente se incrementó en México a 22.804.83 entre 10 a 19 años en riesgo de desarrollar DT2 debido a al estilo de vida y al antecedente familiar (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2012); por lo que es necesario se indague la agencia de autocuidado (AAC) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en esta población.

Además, de acuerdo a Klobassa, Hensrud, Castro, Collazo-Clavel, y Nelson (2010) determinaron que el antecedente familiar puede influir en el desarrollo de la DT2: La madre y el padre por separado predisponen del 5-20%, ambos padres de 25-50%, hermano(a) de un 25-50% y gemelos idénticos de 60-75%.

Si consideramos la definición de la OMS (1948/2016) “la salud es como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; por lo tanto la calidad de vida de la persona portadora de DT2, se ve afectada.

En la actualidad y en un futuro la DT2 seguirá ocasionando problemas de salud irreversibles en la población adolescente y por consecuencia una CVRS deficiente. Considerando el factor hereditario, la morbilidad, mortalidad y prevalencia de dicha enfermedad, es de vital importancia que el profesional de enfermería teorice a través de la evidencia, las posibles acciones para mantener la salud y el bienestar haciendo uso del modelo teórico sustentado por (Orem, 1993). El concepto surge de la teoría del déficit del autocuidado por lo que es importante determinar la AAC y argumentar la relación

con la CVRS con el factor de riesgo hereditario. Por lo que se requiere promover conductas saludables, a través de evidencia científica para generar nuevo conocimiento para contribuir a esta disciplina e implementar en un futuro proyectos que proporcionen cuidado de enfermería en el adolescente en riesgo de desarrollar DT2.

Por tal motivo en referencia a los antecedentes de la presente investigación requiere ser indagada la población adolescente, ya que los familiares directos presentan un factor de riesgo muy importante y es necesario que el profesional de enfermería realice en un futuro alguna intervención ya que a partir de este ciclo de la vida se puede modificar el estilo de vida, actividades de autocuidado que desencadenan lamentablemente la DT2 o en su caso prevenir o prolongar la enfermedad en el grupo de edad de 15 a 18 años a partir de la promoción de la salud.

1.2 Pregunta de Investigación.

¿Existe relación entre la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con antecedente de diabetes tipo 2, en un rango de edad de 15 a 18 años en un bachillerato de una zona urbana?

1.3 Marco de referencia

La teoría general del déficit de autocuidado (TGDAC) de Dorothea E. Orem (1993) refiere que es una teoría general constituida por tres teorías: 1) de autocuidado, 2) del déficit del autocuidado y 3) sistemas de enfermería.

1) La teoría del autocuidado: el autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que desarrollan a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales.

2) La teoría del déficit del autocuidado: es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o

relacionada con ella y como estas se ocupan de su autocuidado o del cuidado dependiente.

3) La teoría de sistemas de enfermería: postula la relación enfermera-paciente con déficit de autocuidado (DAC) y con déficit de cuidado dependiente (DCD).

La agencia de autocuidado es fundamental en el adolescente ya que al contar con esas habilidades que le permitirán cuidar de sí mismo y así evitar o prolongar la DT2. El concepto de la agencia de autocuidado (AAC) se estructura en tres grupos:

1) Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado: consideradas como las habilidades básicas del individuo (Percepción, memoria y orientación).

2) Componentes de poder: son aquellas habilidades necesarias para tener la capacidad de ocuparse de su autocuidado que se mencionan a continuación:

a) Habilidad para mantener y ejercitar con respecto a uno mismo como agente de autocuidado.

b) Habilidad para controlar la energía física para el inicio y continuidad de las operaciones de autocuidado.

c) Habilidad para controlar la posición del cuerpo.

d) Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado.

e) Motivación.

f) Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo.

g) Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado.

h) Conjunto de habilidades cognitivas, de comunicación e interpersonales para el desempeño de acciones de autocuidado.

i) Habilidad para ordenar acciones de autocuidado.

j) Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado.

3) Capacidad de operacionalizar el autocuidado: habilidades que permiten al individuo conocer y satisfacer sus requerimientos de autocuidado y estas operaciones de autocuidado son de tipo estimativo, transicional y de producción.

De acuerdo a lo anterior la agencia de autocuidado esta puede estar presente o ausente, relacionada con la etapa del desarrollo del individuo; si el adolescente tiene presente esas habilidades para conocer la capacidad que tiene de ocuparse de su autocuidado.

Otra variable de interés para la presente investigación es la CVRS en el adolescente por lo que es importante analizar el concepto de calidad de vida “Levy y Anderson, en 1980, refieren que es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo y de la felicidad, satisfacción y recompensas”. Continuando Szalai en ese mismo año refiere que es “la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”.

Además en 1990, Celia y Tulsy la definen como “la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual del funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real”. En 1992, Quintero refiere que es “el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual en un marco social y cultural determinado”. Así mismo, Felce y Perry en 1995, la definen como la “calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos” (Nava, 2012).

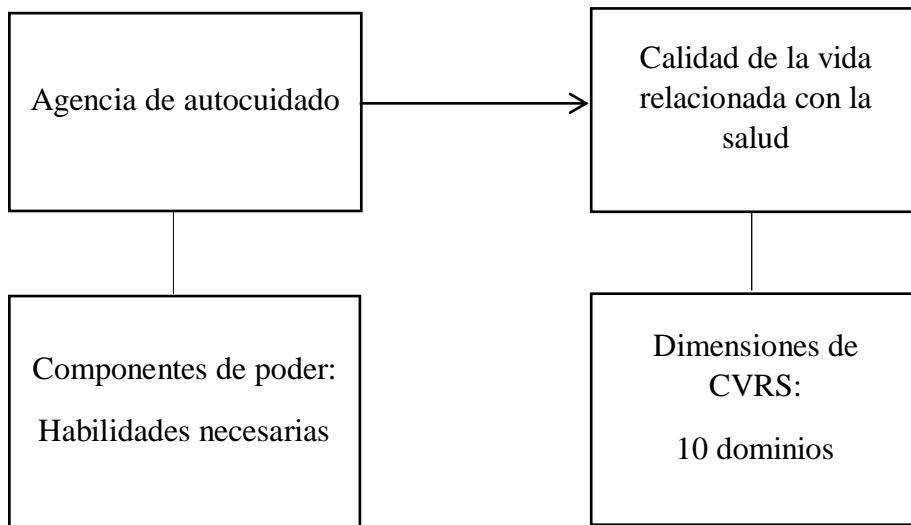
De acuerdo a lo anterior, la calidad de vida tiene diferentes definiciones desde el punto de vista de cada autor. Por lo que para el presente trabajo surge la inquietud de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud y la agencia de autocuidado en el

adolescente con el antecedente de DT2; que de acuerdo a todos los datos estadísticos epidemiológicos y el antecedente familiar el adolescentes de 15 a 18 años está en riesgo de desarrollar esta enfermedad.

1.3.1 Ubicación del Fenómeno del Estudio en el Marco Teórico.

El problema de investigación se plantea dentro del contexto de la teoría del déficit de autocuidado, de donde se elige el concepto de AAC para determinar las habilidades para llevar a cabo el autocuidado y la relación con la CVRS del adolescente con el antecedente de DT2.

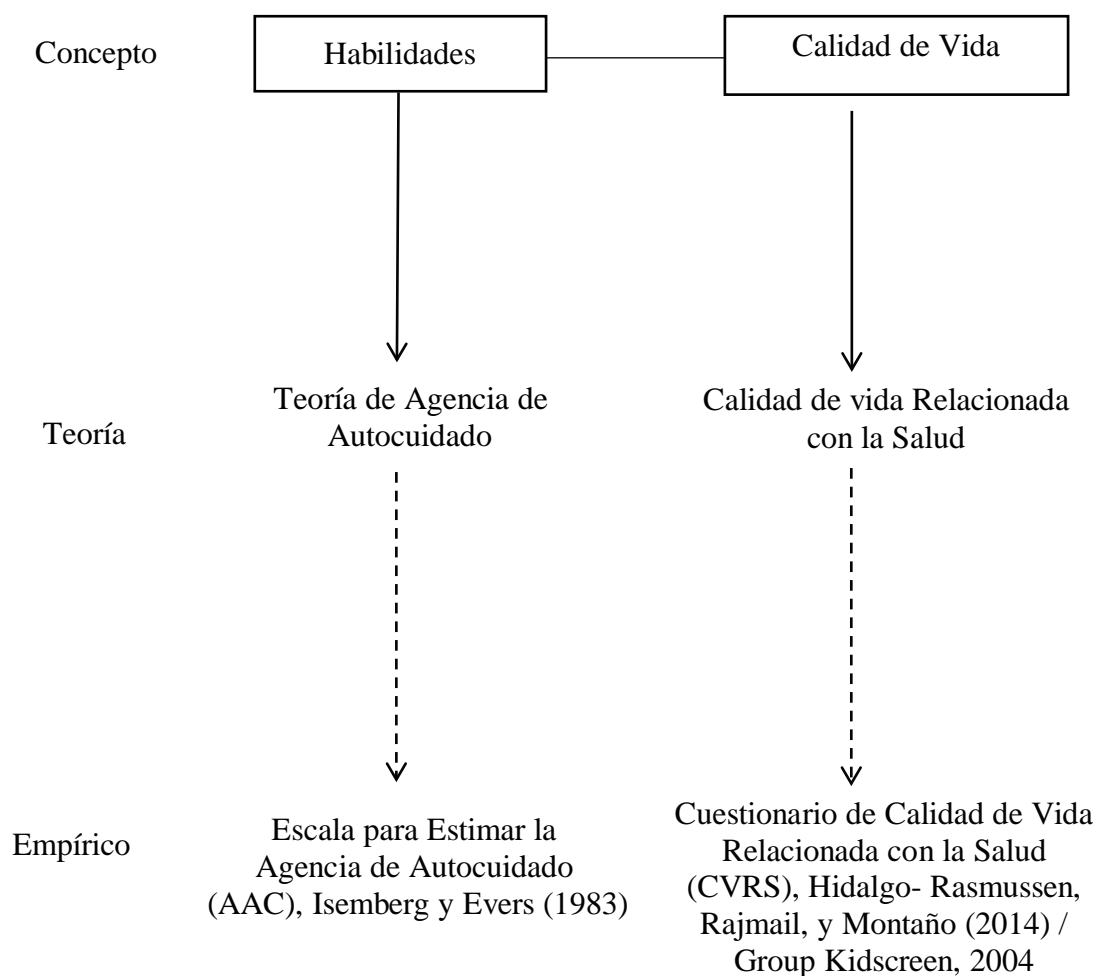
Figura. 1. Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría



1.3.2 Estructura Conceptual Teórica-Empírica.

La estructura conceptual empírica se plasmó de acuerdo a los conceptos seleccionados para analizar la relación entre la AAC y CVRS. Para ubicar el problema de investigación en la teoría, es necesario desplegar los conceptos teóricos para representar la forma en que se evaluarán a través de los instrumentos seleccionados.

Figura 2 Estructura Conceptual Teórica-Empírica.



Fuente: Estructura holarquica de Fawcett, 2013

En la figura 2 se observa la estructura del conocimiento de enfermería contemporánea: componentes y niveles de abstracción.

1.4 Estudios Relacionados

Andrade et al. (2012) realizaron un estudio descriptivo en una muestra de 225 pacientes con DT2 para identificar la capacidad de agencia de autocuidado. La edad promedio fue de 58 (13.6) predominó el género femenino. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado en las personas, se identificó que el 73.8% presentó una muy buena capacidad de agencia de autocuidado, el 24.9% buena CAAC y el 1.3% una baja CAAC.

Acosta, Suárez y Vega. (2015) realizaron un estudio descriptivo mediante muestreo no probabilístico de la cual obtuvieron una muestra a conveniencia de 200 hipertensos, de ambos géneros en edades de 18 y 70 años, para determinar la capacidad de agencia de autocuidado, predominó en un 67.5% las mujeres; del grupo de 18-35 años se obtuvo un 9%, así mismo identificaron que 0.5% tienen baja CAAC, el 62.5 % presentaron mediana CAAC y el 37.0% una CAAC alta.

García et al. (2015) realizaron un estudio descriptivo, correlacional en una muestra de 281 estudiantes en un rango de 16 a 34 años; en donde determinaron la agencia de autocuidado en estudiantes, con un promedio de edad de 18.5 años, el 52% correspondió al género femenino. De los cuales resultó que el 42% resultó con alto cuidado, el 54% un mediano nivel de autocuidado y el 4% no aplicó. Concluyen que los estudiantes tienen conocimiento de cómo cuidar su salud. Así mismo al comparar la AAC con la variable del género y edad mostraron ser no significativas $p > .05$.

Contreras y Olazo (2015) realizaron un estudio descriptivo, en una muestra de 175 pacientes geriátricos, en un rango de edad entre 60 a 85 años para determinar la relación entre la CAAC y la calidad de vida en la salud de los pacientes; de donde el 90.9% de los participantes presentaron mediana CAAC y el 9.1% una CAAC alta. La media de

calidad de vida fue de 44.44 (22.52) y al relacionar la CAAC y la calidad de vida (CV) obtuvieron una correlación directa y significativa con una $r=.284$ y una $p=0.001$.

Suárez y Zapata (2015) determinaron en su estudio descriptivo la capacidad de agencia de autocuidado en 68 pacientes con tuberculosis pulmonar (TBP) de donde el 26.5% presento baja CAAC, el 25% media CAAC y el 48.5% una alta CAAC. Se concluye que a pesar de estar cursando por un padecimiento tienen las habilidades de autocuidado.

Carrillo (2015) en su estudio descriptivo miden la operatividad de autocuidado y establecen la relación con las características sociodemográficos en 105 pacientes bajo tratamiento de diálisis peritoneal automatizada y 174 bajo diálisis peritoneal manual. La edad promedio 50 (DE=15), en un 54.5% predominó el género femenino, el 23.7% de los participantes tiene antecedente familiar de DT2, el 49.46 no realiza actividad física, el promedio de la capacidad de autocuidado es de 78.7 (16.5) y el 13.98% presento baja capacidad de agencia de autocuidado (CAAC), el 9.32% media CAAC y el 77.42% con una alta CAAC; de los que se encontraron con CAAC baja se caracterizaron por ser del género femenino. En relación de la AAC y los que presentaron baja AAC no realizan ejercicio y la etiología de la insuficiencia renal es quística y los que se clasifican con alta AAC realizan ejercicio y el origen de la insuficiencia renal crónica es la DT2. En conclusión las personas tienen las habilidades de realizar prácticas de autocuidado.

Gonzales et al. (2016) analizaron en 7.910 adolescentes las diferencias de género con respecto a su CVRS de 10 a 18 años, predomino con un 53% el género femenino. La edad promedio fue de 14 años (2.3), presentando las mujeres un promedio de 13.7 años (2.3) y los hombres 14.3 años (2.3). Al estratificar por grupo de edad las mujeres presentaron mayor riesgo de presentar puntajes más bajos en seis dimensiones de CVRS

(bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autopercepción, autonomía, relación con los padres y vida familiar) en relación a los hombres en los 3 grupos de edad (10-12,13-15,16-18 años) en el grupo de 16-18 años en la dimensión del “bienestar físico” las mujeres presentaron $RM=3.59$ con un IC 95% [2.89, 4.45].

Concluyen que las mujeres adolescentes perciben una peor CVRS cuando se compara con los hombres independientemente de su edad.

Hoyos et al. (2015) describieron en su estudio la CAAC en una muestra no probabilística de 51 personas de una universidad que presentaran factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), predominando en un 58.8% el género masculino, por distribución 35 -40 años predominaron con un 72.5% y en un 27.5% el grupo de 18-34 años y el 2% con una $f=1$ con DT2. En los participantes encontraron que tenían baja el 88.2% alta AAC y el 11.8% con baja AAC, así mismo los que se encontraron en baja AAC. Se considera importante que el profesional realice intervenciones educativas porque si bien tienen un alta AAC tienen FRCV.

Hidalgo et al. (2014) realizaron un estudio en 7.910 adolescentes con el objetivo de comparar en dos grupos de adolescentes: los que reportaron tener un problema médico crónico y los que no tenían ningún problema médico crónico (PMC) con respecto a quienes reportaron no tener ningún PMC. Participaron 4.100 mujeres; la variable edad en un rango de edad de 16-18 participó 2.462 adolescentes. Todas las dimensiones estadísticamente significativas $p < 0.01$ en la población sin PMC. Predominó en un 87.9% el género masculino sin PMC, el 88.4% se encontró en un rango de edad de 16 a 18 años; en el género femenino su CVRS fueron estadísticamente significativas $p < 0.001$ en los dominios de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, recursos económicos, amigos y apoyo social y aceptación social; en comparación con los

hombres sin PMC presentaron $p < 0.05$. En el grupo de 13-15 años sin PMC presentaron $p < 0.001$ en los dominios de bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo y emociones, autonomía y aceptación social, en comparación al grupo de 16-18 años presentaron $p < 0.05$ en el dominio de autonomía y una $p < 0.001$ en el dominio de bienestar psicológico. En conclusión en ambos géneros sin PMC tienen mejor CVRS.

Quiceno y Vinaccia (2014) en su estudio descriptivo al analizar la calidad de vida según el género en 686 adolescentes de ambos géneros entre 12 a 16 años de colegios privados, de donde la edad promedio fue de 13.8 (1.4). El 53.1% fue el género masculino, en ambos géneros no hubo diferencias de medias y en general la CVRS reportaron diferencias estadísticamente significativas $p < .001$. Concluyeron que la CVRS se marca más en el género masculino.

Berra et al. (2015) en su estudio compararon la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con y sin trastornos crónicos (TC) en hospitales y escuelas con respecto al género, edad y nivel educativo. La muestra quedó conformada de 670 niños, de los que el 13.3%, $n=89$ tenían un TC confirmado, el 14.5% $n=97$ tenían un TC declarados y 72.4% eran escolares sin TC. Los participantes tenían entre 8-13 años con una media de 10.2 años (1.01), el género femenino predominó con un 54.8%; la muestra de hospitales quedó conformada por 89 niños de donde el 29.2% tenía diabetes y con TC declarados en escuelas el 0.7% tenía diabetes. Los participantes de los hospitales tuvieron peor bienestar físico, pero mejor estado de ánimo, autopercepción, entorno escolar y aceptación social que los escolares sin TC $p < 0.05$. En los escolares con TC obtuvieron peor puntuación en bienestar físico, bienestar psicológico, autopercepción y autonomía con respecto a los sanos $p < 0.05$. Las magnitudes de tales diferencias fueron

pequeñas pero estadísticamente significativas. Conclusión la CVRS se ve afectada ante cualquier padecimiento.

Agudelo et al. (2014) en su estudio describieron la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y su asociación con aspectos sociodemográficos y la actividad física en 399 adolescentes entre los 10 y 18 años, de donde el 55.9% predominó el género femenino, en un 58.6% el grupo de 14-18 años, el 44.9% reportó tener un nivel bajo de actividad física, el 26.3% nivel medio y el 28.8% un alto nivel de actividad física; además en CVRS de acuerdo al género masculino reportaron diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$ y en el grupo de edad de 14-18 obtuvieron diferencias no significativas $p > 0.05$. La CVRS de acuerdo a la actividad física reportaron diferencias significativas $p < 0.05$ en el nivel alto. En conclusión el ser hombre y de menor edad se relaciona con una buena CVRS.

Campo del, Moya, Pinto, Pires y Villagra (2014) en su estudio transversal aleatorio determinaron diferencias en relación con el género, la edad con respecto a la CVRS en 1.357 adolescentes entre 12 a 17 años; de donde 698 fueron mujeres y 659 hombres. Los datos que obtuvieron indicaron diferencias significativas en el género masculino $p < .05$ asociadas al bienestar físico $F=47.275$, $p=0.001$, al bienestar psicológico $F=4.403$, $p=0.019$, el estado de ánimo y emociones $F=8.511$, $p= 0.001$, a la autopercepción $F=5.547$, $p= 0.001$, a la autonomía $F= 9.723$, $p < 0.001$ y a la relación con los padres y vida familiar $F= 5.316$, $p= 0.008$ en relación a la edad presentaron medias semejantes en todos los componentes de la CVRS, demostraron una tendencia a la reducción de manera significativa en sus puntuaciones de acuerdo con el avance de la edad $F=20.347$, $p < 0.001$. Se concluye que es importante considerar el género y la edad con respecto a su CVRS.

González et al. (2015) en su estudio observacional y analítico realizaron en 7.737 adolescentes la asociación entre ser víctima de bullying y la CVRS, de donde el 53.17% fueron del género femenino, predominó el grupo de entre 12 y 18 años con un 82.24%. Además al relacionar la CVRS las mujeres determinaron $r=1.70$, IC 95% [1.48, 1.96] y estadísticamente significativa $p < 0.001$ y los hombres $r=1$. Al relacionar la CVRS con la edad en un grupo de 12 a 18 años determinaron $r= 2.03$, IC 95% [1.63, 2.53], estadísticamente significativa $p < 0.001$. Al comparar la CVRS y salud percibida como mala-regular un 14.7% obtienen $r=3.95$, IC 95% [3.39, 4.60] estadísticamente significativa $p < 0.001$. Un 85.29 % percibió su salud como buena, muy buena y excelente. En conclusión el ser mujer y estar en el grupo de edad de 12 a 18 años tiene mejor CVRS.

1.5 Definición Operacional

La presente investigación comprende dos variables principales: Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Agencia de Autocuidado: son todas aquellas habilidades que le permiten al adolescente realizar actividades de autocuidado a beneficio de su salud, se operacionalizara: a través de la escala para estimar la agencia de autocuidado (Isenberg y Evers, 1983).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud: es toda aquella percepción que refiere el adolescente con respecto a su estado de salud en forma general de acuerdo a las dimensiones que evalúa la CVRS en el adolescente, se operacionalizara: a través del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud elaborado por Group Kidsscreen, 2004 validado en población mexicana por Rajmil y Ravens-Eieberer, 2004, el cual mide diez dimensiones: Bienestar Físico, Bienestar Psicológico, Estado de

Animo, Autopercepción, Autonomía, Relación con los Padres y Familiar, Amigos y Apoyo Social, Recursos Económicos, Entorno Escolar y Aceptación Social (Bullying).

1.6 Objetivo General

Identificar la relación entre la agencia de autocuidado con la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con antecedente de diabetes tipo 2 con un rango de edad de 15 a 18 años en un bachillerato de una zona urbana.

Objetivos Específicos

1. Describir la muestra de estudio de acuerdo a sus características sociodemográficos.
2. Ordenar y clasificar la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en categorías.
3. Describir si existen diferencias de género y edad en relación a la agencia de autocuidado en adolescentes con antecedente de DT2.
4. Describir si existen diferencias de género y edad en relación a la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con antecedente de DT2.

1.7 Hipótesis

H1: Existe una relación positiva entre la agencia de autocuidado y la calidad de Vida relacionada con la salud en los adolescentes con antecedente de DT2.

H2: Existe una relación positiva entre la agencia de autocuidado y la actividad Física en el adolescente con antecedente de DT2.

Capítulo II

Metodología

En este apartado se describirá el diseño de estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión que se considerarán en el presente trabajo, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de la información, análisis estadísticos, aspectos éticos a considerar y prueba piloto.

2.1 Diseño del Estudio

La elección del diseño fue de tipo descriptivo, transversal, correlacional y predictivo para esta investigación (Elena et al. 2011).

2.2 Población

La población se integró por adolescentes de un bachillerato de una zona urbana.

2.3 Muestreo y Muestra

El diseño del muestreo fue de tipo no probabilística: por conveniencia, la muestra se delimitó a 142 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4 Criterios de Selección

Participaron adolescentes que estaban cursando el bachillerato “Alfonso Calderón Moreno” de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

2.4.1 Criterios de Inclusión

A todo adolescente de ambos géneros, que se encontraron en un rango de 15 a 18 años, de ambos turnos (matutino y vespertino) y de los tres grados escolares, además de estar matriculados en el bachillerato Alfonso Calderón Moreno y que tengan un familiar de primero segundo y tercer grado con diagnóstico de DT2.

2.4.2 Criterios de Exclusión

Adolescente con diagnóstico de diabetes, el cual se verificara a través de un interrogatorio directo.

2.4.3 Criterios de Eliminación

Aquel padre o tutor que no aceptaron la participación del adolescente.

2.5 Instrumentos de Medición

Los instrumentos aplicados para dicha investigación fueron: una Cédula Sociodemográfica del Adolescente con Antecedente de Diabetes Tipo 2 (Cadena y Flores, 2015) posteriormente la Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (AAC) elaborada por Isenberg y Evers (1983) y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de Rajmil y Ravens-Eieberer (2014) / Group Kidscreen, 2004 a continuación se describen cada uno de ellos:

La cédula sociodemográfica del adolescente con antecedente heredofamiliar de diabetes tipo 2: tuvo la finalidad de obtener datos generales tales como la edad, sexo, escolaridad de los padres, datos de actividad física y datos del antecedente familiar con DT2 (Apéndice C).

La escala para estimar la agencia de autocuidado (AAC) tuvo la finalidad de valorar la capacidad de agencia de autocuidado en adolescentes, elaborada por Isenberg y Evers (1983) validado en México en 1998 con un alfa de Cronbach .77, que consta de 24 ítems que miden las capacidades de agencia de autocuidado, la escala de respuesta consta de cuatro opciones de respuesta tipo Likert: uno = nunca, dos = casi nunca, tres = casi siempre y cuatro = siempre. El puntaje de la escala puede ser de 24 a 96, se transformaron los ítems 6, 11 y 20 por ser negativos El puntaje se calculó con la suma de

los ítems y luego se transformó a una escala de 0-100 de acuerdo con los autores (apéndice D).

El Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adolescentes sanos o enfermos con enfermedades crónicas o agudas de Rajmil y Ravens-Eieberer (2004), permite una medición genérica ya que valora en forma subjetiva la salud y el bienestar en niños y adolescentes; validado en Colombia, Chile, Argentina, Brasil y adaptado transculturalmente en población mexicana en 2014; consta de 52 ítems integrada por diez dimensiones de forma subjetiva: Bienestar físico (cinco ítems), Bienestar psicológico (seis ítems), Estado de ánimo (siete ítems), Auto percepción (5 ítems), Autonomía (cinco ítems), Relación con los Padres y Familiar (seis ítems), Amigos y Apoyo Social (seis ítems), Recursos Económicos (tres ítems), Entorno Escolar (seis ítems) y Aceptación Social/Bullying (tres ítems). La escala de respuesta consta de cinco opciones tipo Likert: uno= nunca, dos = casi nunca, tres = a veces, cuatro = casi siempre y cinco= siempre; se transformó la pregunta número uno del dominio uno: actividad física y salud por diferir en la opción de respuesta (positivo a negativo). Se categorizo de acuerdo la CVRS baja menor a 45, de 45-55 media CVRS y mayor a 55 mayor CVRS.

El puntaje de cada dominio se calculó con la suma de los ítems y luego se transformó a una escala de 0-100 de acuerdo con los autores. (Apéndice E)

2.6 Procedimiento

Para la implementación del estudio se sometió a la aprobación del Comité revisor de la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP).

Además se obtuvo la autorización del Director de la Institución Educativa del bachillerato, “Alfonso Calderón Moreno” de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; el procedimiento se llevó a cabo de forma directa y grupal para seleccionar a los adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión, posteriormente se les explicó detalladamente el objetivo del estudio. Se obtuvo a través de la carta de consentimiento para padres (Apéndice A) la autorización para la participación del adolescente, se explicó en qué consistía el asentimiento informado (Apéndice B), la Cédula Sociodemográfica del Adolescente con Antecedente de DT2 (CSDAADT2) Apéndice C, La Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (EEAA), elaborada por Isenberg y Evers (1983) Apéndice D y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de Rajmil y Ravens-Eieberer (2004) Apéndice E. Se hizo constar que el hecho de su participación no interferirá o modificara algún aspecto de su vida.

La recolección de los datos la realizó el investigador con apoyo de un profesional de la salud. Y al finalizar la aplicación se corroboró que cada uno de los instrumentos estuvieran llenados correctamente y fueron puestos a resguardo, para después realizar la captura de los datos en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 21, finalmente se les agradeció a los participantes por su colaboración en el presente investigación.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Capítulo I, Artículo 13: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a la Fracción I: la investigación se ajustó bajo principios científicos y éticos que la justifican. Fracción V: contará con el consentimiento informado y por escrito el sujeto de investigación o su representante legal.

Artículo 16. Se protegerá la privacidad del individuo sujeto a investigación al momento de la aplicación de los instrumentos así como los resultados que se obtengan del estudio.

Artículo 17. Para el efecto de este rubro la investigación es sin riesgo ya que es un estudio descriptivo, transversal ya que no se realizó ninguna intervención y los datos obtenidos fueron a través de escalas de medición.

Artículo 20. El sujeto expuesto a investigación tendrá conocimiento del consentimiento informado o en su caso, su representante legal autorizara su participación.

Artículo 21. El sujeto de investigación o en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara de tal forma que comprenda: Fracción I: El objetivo de la investigación; Fracción VI: Recibirá respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de la investigación; Fracción VII: tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier

momento y dejar de participar en el estudio; Fracción VIII: se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Artículo 22. El consentimiento informado se formulara por escrito.

Capítulo III la investigación en menores de edad, bajo el siguiente artículo.

Artículo 36. Para la realización de la investigación se contara con el consentimiento informado del representante legal del menor.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Para el análisis de esta investigación se ejecutó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 21(SPSS), las variables de interés de acuerdo a su escala de medición son de tipo nominal y ordinal por lo cual se hará uso de la estadística descriptiva (tablas de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central).

Se calculó el coeficiente de confiabilidad de los instrumentos de medición tipo likert agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud, mediante el coeficiente del alfa de cronbach.

Mediante la prueba de bondad de ajuste K-S y el gráfico, se determinó el uso de la estadística inferencial paramétrica. Se obtuvo una distribución normal en la prueba K-S, se utilizó una correlación de Pearson.

Capítulo III

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de esta investigación que se describe conforme: a) Características sociodemográficos b) Análisis descriptivo de las variables de estudio, c) Confiabilidad de los instrumentos, d) Prueba de normalidad y e) Prueba de hipótesis.

a) Características sociodemográficos

La muestra fue de 142 adolescentes dividida en dos grupos género femenino y masculino, la muestra se recolecto en el bachillerato Alfonso Calderón Moreno de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. La cedula sociodemográfico del adolescente con antecedente heredofamiliar de DT2 obtuvo las características del adolescente como son: el género, edad, grado escolar, turno escolar, actividad física y el antecedente familiar con DT2. A continuación se presenta la tabla de los resultados que se obtuvieron de la muestra de estudio.

Tabla 1

Estadística descriptiva de los datos sociodemográficos

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Femenino	86	60.6
Masculino	56	39.4
Grado escolar		
Primer Grado	63	44.4
Segundo Grado	50	35.2
Tercer Grado	29	20.4
Turno de la preparatoria		
Matutino	91	64.1
Vespertino	51	35.9
Actividad física		
Si	52	36.6
No	26	18.3
A veces	64	45.1
Edad		
15 años	27	19.0
16 años	64	45.1
17 años	34	23.9
18 años	17	12.0

Fuente: Cédula sociodemográfico, *f* = frecuencia, % = porcentaje n=142

Como se muestra en la tabla 1 el género femenino predominó con un 60.6% y el género masculino con un 39.4%; con respecto al grado escolar predominó el primer grado, la variable que predominó con un 64.1% fue el turno matutino, en un 45.1% los adolescentes que a veces realizan actividad física, la variable edad en un 45.1% predominó el adolescente de 16 años de edad.

Tabla 2

Antecedente de DT2 del adolescente

Familiar	Antecedente de DT2	
	<i>f</i>	%
Mamá	15	10.6
Papá	19	13.4
Ambos Padres	1	.7
Abuelo Paterno	7	4.9
Abuela Paterno	24	16.9
Abuelo Materno	16	11.3
Abuela Materna	25	17.6
Tío Paterno	1	.7
Tío Materno	1	.7
Abuelo Paterno –Abuela Paterno	3	2.1
Papá-Abuelo Materno	1	.7
Abuelo Paterno-Abuela Materna	6	4.2
Abuela Paterno-Abuelo Materna	1	.7
Abuelo Paterno-Abuelo Materna	4	2.8
Papá-Abuela Paterno	5	3.5
Papá-Abuelo Paterno	4	2.8
Papa-Abuela Materna	1	.7
Mamá- Abuela Materna	1	.7
Abuelo Materno-Abuela Materno	3	2.1
Mamá-Abuelo Materno	1	.7
Abuela Materna- Abuela Paterno	1	.7
Mamá- Abuela Paterno	2	1.4

Fuente: Cédula sociodemográfico; *f* = frecuencia; % = porcentaje n=142

En la tabla 2 se puede observar que el antecedente de DT2 del adolescente se obtuvo que predomina con un 17.6% la abuela materna, con un 16.9% la abuela paterna, el papa con un 13.4% y la mamá con un 10.6%.

b) Análisis descriptivo de las variables

Tabla 3

Categorización de la agencia de autocuidado

Nivel	% Género del Adolescente	
	Femenino	Masculino
Baja	66.7	33.3
Buena	59.2	40.8
Muy Buena	56.9	43.1

Fuente: Escala para estimar la AAC Andrade, 2012 n=142

Se observa en la tabla 3 que el género femenino predominó con un nivel de baja, buena y muy buena AAC.

Tabla 4

Categorización de la CVRS

Nivel	% Género del Adolescente	
	Femenino	Masculino
Mayor	59.4	40.6
Media	71.4	28.6

Fuente: Cuestionario de CVRS n=142

Se observa en la tabla 4 que predominó el género femenino con un nivel de media a mayor calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 5

Descripción de las variables de interés

Variable	\bar{X}	DE	V. Mínimo	V. Máximo
AAC	69.36	10.36	47	91
CVRS	65.86	7.16	46	78
Género	1.76	.49	47	91
Edad	2.29	.91	47	91
Grado Escolar	1.39	.77	47	91
Turno del Bachillerato	1.36	.48	47	91
Actividad Física	2.08	.90	47	91
Familiar con DT2	8.30	6.47	47	91

Fuente: Cédula sociodemográfico; \bar{X} = promedio; DE= desviación estándar

n=142

En la tabla 5 se observa el promedio de las variables principales

Tabla 6

Promedio de AAC por género y edad

Variable	n	\bar{X}	DE	95% CI	
				LL	LS
Género					
Femenino	86	68.84	10.78	66.48	71.13
Masculino	56	70.15	9.80	67.53	72.56
Edad					
15 años	27	70.17	12.38	65.63	74.68
16 años	64	71.37	10.56	68.85	73.95
17 años	34	66.43	8.69	63.50	69.31
18 años	17	66.37	7.8	67.63	71.07

Nota: IC = Intervalo de confianza; LI = límite inferior (LS) = límite superior

n = 142

En la tabla 6 se observa que no hay diferencia significativa entre los promedios de género; es decir sean mujeres o hombres tienen la misma capacidad de agencia de autocuidado. Así mismo el promedio de acuerdo a la edad de 15 y 16 años, de 17 y 18 años no hay diferencia significativa, pero al comparar el promedio de 15 años con los promedios de 17 y 18 años si hay diferencia significativa en los promedios; esto quiere decir que conforme avanza la edad la agencia de autocuidado cambia en los adolescentes.

Tabla 7

Promedio de CVRS por género y edad

Variable	n	\bar{x}	DE	95% CI	
				LL	LS
Género					
Femenino	86	65.25	7.26	63.76	66.70
Masculino	56	66.81	6.95	64.95	68.69
Edad					
15 años	27	68.19	4.88	66.41	70.28
16 años	64	67.32	7.18	65.33	69.15
17 años	34	64.53	6.20	62.53	66.50
18 años	17	59.33	7.98	55.95	63.33

Nota: \bar{x} = promedio; IC = Intervalo de confianza; LI = límite inferior (LS) = límite superior n = 142

En la tabla 7 se observa que no hay diferencia significativa entre los promedios; es decir que ambos géneros tienen la misma CVRS. Así mismo el promedio de 15 y 16 años no hay diferencia significativa, pero al comparar el promedio de 18 años con el

promedio de 15, 17 y 18 años si hay diferencia entre los promedios; esto quiere decir que la CVRS cambia conforme aumenta la edad.

c) Confiabilidad de los instrumentos

En el siguiente apartado se presenta el cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad de los instrumentos AAC-24 ítems y CVRS-52 ítems.

Tabla 8

<i>Confiabilidad del Alpha de Cronbach de AAC y CVRS</i>	
Variable	α
AAC	.86*
CVRS	.87*
<i>Nota: *α= alfa de cronbach aceptables</i>	
n=142	

En la tabla 8 se observa la interpretación de forma general la confiabilidad de los instrumentos que miden la agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud; son aceptables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

d) Prueba de normalidad

En el siguiente apartado se muestra la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar el estadístico a utilizar.

Tabla 9

Índices de las variables de estudio y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Índices	\bar{X}	DE	V. Mínimo	Máximo	K-S	p
						(bilateral)
AAC	69.36	10.39	47	91	.68	.73*
CVRS	65.86	7.16	46	78	.92	.36*

Nota: \bar{X} = promedio; DE= desviación estantalar * $p > .05$

n=142

De acuerdo a la Tabla 9 en la prueba K-S se obtiene una p no significativa ($p > .05$), lo que muestra una distribución normal, por lo que se decide hacer uso de la estadística inferencial paramétrica.

A continuación para poder complementar los resultados de la tabla anterior donde se observa una distribución normal se presenta el siguiente histograma.

Figura 1. Histograma AAC

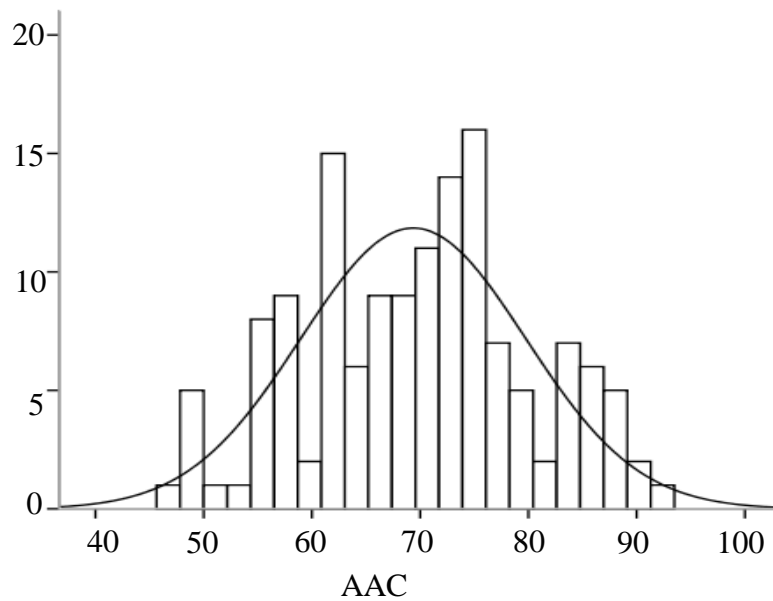


Figura 1. AAC= Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado n=142

Figura 2. Histograma CVRS

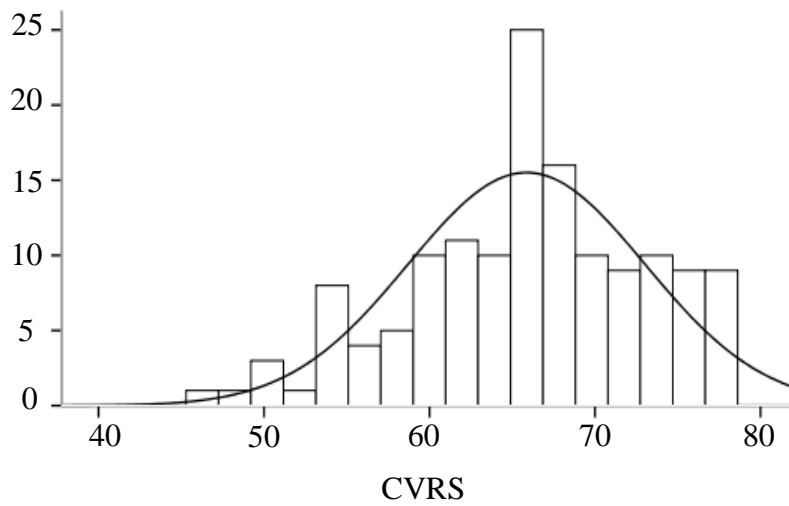


Figura 2. CVRS = Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud n= 142

e) *Prueba de hipótesis*

En el siguiente análisis la correlación de las variables de AAC y CVRS del adolescente con antecedente heredofamiliar de DT2 a partir de los supuestos del estadístico: dos variables continuas en una escala, una distribución normal de acuerdo a la prueba K-S y por cada AAC hay una CVRS.

Tabla 10

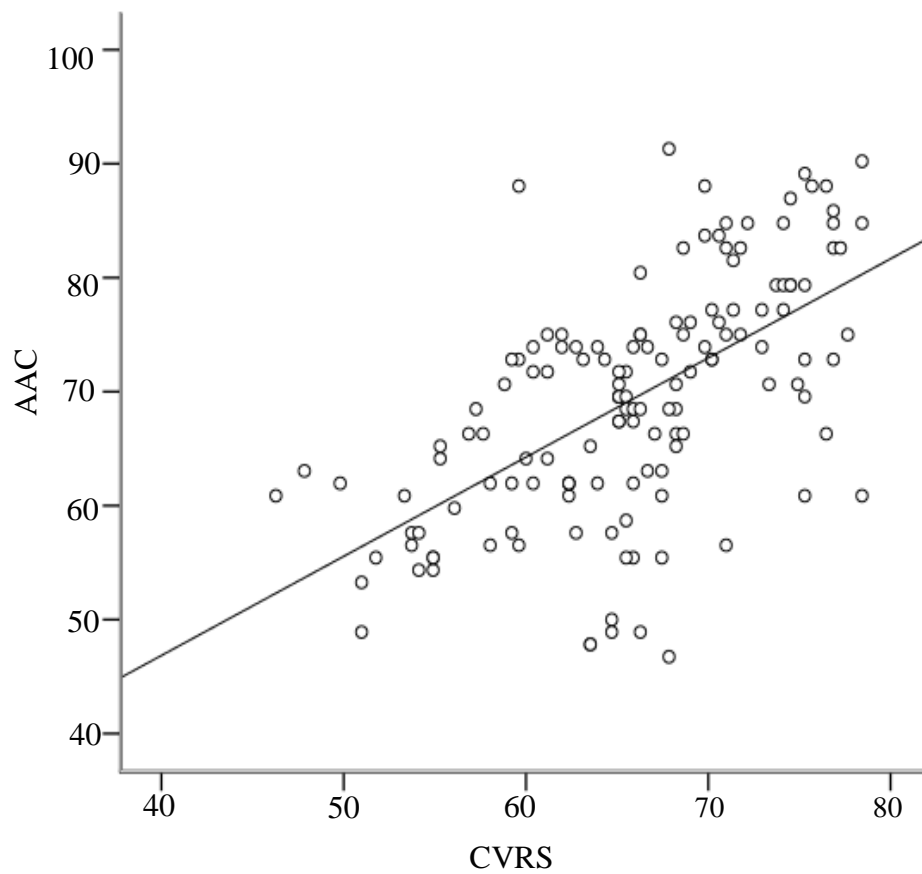
Correlación de Pearson entre la AAC y CVRS

Variable	AAC	CVRS
AAC	1	.60*
CVRS	.60*	1

Nota: AAC= Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado y CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud *p=.001 n=142

En la tabla 10 se observa una relación fuerte entre las variables de estudio, debido a que se obtuvo un valor de $r=.60$, $R^2 = .36$, $p = .001$, IC 95% [.67, 1.06].

Figura 3. Diagrama de dispersión de la AAC y CVRS.



Fuente: Escala para estimar la AAC y cuestionario de CVRS n=142

En la figura 3 se observa el diagrama de dispersión de manera gráfica, mediante la regresión lineal con una magnitud de varianza $r^2 = 0.36$ es decir .36%. Así la varianza se explica con un 36% para las variables de AAC y CVRS.

Tabla 11

Correlación de Pearson entre la AAC y Actividad Física

Variable	AAC	CVRS
AAC	1	-.27*
Actividad Física	-.27	1

Nota: AAC= Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado y CVRS= Calidad de Vida Relacionada con la Salud *p=.001 n=142

En la Tabla 11 se observa una relación negativa fuerte entre las variables de estudio, ya que se tiene un valor de $r=-.27$, $R^2 = 0.73$, y $p < .01$, IC 95% [-4.59, -1.25].

Capítulo IV

Discusión

El propósito de esta investigación fue identificar la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes de 15 a 18 años con antecedente de diabetes tipo 2 del bachillerato “Alfonso Calderón Moreno”; a continuación se presentan los principales hallazgos:

El uso de la cédula permitió dar respuesta a las características sociodemográficos del adolescente, de donde predominó el género femenino, el primer grado escolar, el turno matutino, los que a veces realizan actividad física y adolescentes de 16 años de edad. Además el antecedente de DT2 predominó de mayor a menor la línea de la abuela materna, abuela paterno, papá y madre del adolescente; de acuerdo a Koblassa, Hensrud, Castro, Collazo-Clavel y Nelson (2010) estos tienen cierto riesgo de desarrollar la DT2 en la población adolescentes. Por lo que se requiere que el profesional de enfermería realice en un futuro intervenciones educativas para prologar o evitar el desarrollo de la DT2.

En relación al segundo objetivo planteado se clasificó que el género femenino predominó en mayor porcentaje desde un baja, buena y muy buena AAC; con respecto al género femenino predominó de una media y mayor CVRS en el adolescente con antecedente de DT2. De acuerdo con esto Orem (1993) en la etapa de la adolescencia tienen esas habilidades para realizar actividades de autocuidado. Similar a lo que reporta Suarez y Zapata (2015) determinan desde una baja y alta AAC.

Al describir si existen diferencias de género y edad en relación a la agencia de autocuidado, al comparar los promedios por género no hay diferencia significativa, pero conforme avanza la edad el promedio de la AAC presenta diferencia significativa. De

acuerdo a lo anterior quizás puede deberse que conforme avanza la edad el adolescente va madurando y toma conciencia que teniendo en cuenta que tiene el antecedente familiar de DT2 prefieran cambiar su estilo de vida. Similar a lo que reporta García (2015) al comparar el género y edad obtuvo diferencia no significativa.

Continuando al describir si existen diferencias de género y edad en relación a la CVRS por género no hay diferencia significativa, pero conforme avanza la edad hay diferencia significativa. A lo que difieren Campo del, Moya, Pinto, Pires, y Villagra (2014) obtuvieron diferencias significativas en el género femenino, y conforme avanza la edad disminuye de manera significativa. Por lo que es importante considerar el género y la edad ya que este si puede cambiar dependiendo las circunstancias en que se encuentre el adolescente.

Al correlacionar las variables de AAC y CVRS se determinó una correlación significativa entre estas, similar a lo que reportan Contreras y Olazo (2015) al relacionar las mismas variables obtuvieron una correlación significativa. Por lo que es importante que el adolescente teniendo esas habilidades desarrolladas tendrán una buena calidad de vida relacionada con la salud.

Y al relacionar la agencia de autocuidado y la actividad física en el adolescente se determinó una correlación negativa significativa entre estas variables. De acuerdo a organizaciones y programas la actividad física es un factor esencial para evitar enfermedades tal es el caso de la DT2. Es por eso que la AAC en el adolescente le permite cuidar de sí mismo pero a pesar que el adolescente a veces realiza actividad física es necesario que fortalezca el mismo esa capacidad de autocuidado.

4.1 Recomendaciones

1. Realizar más estudios para estimar la AAC en adolescentes en un rango de 15 a 18 años que permita profundizar en el fenómeno de estudio y por qué no, en un futuro realizar intervenciones en esta población para evitar el desarrollo de esta enfermedad.
2. Tomar en cuenta las limitaciones que se presentaron en la presente investigación dado que fue un diseño transversal, ya que fue aplicado en un solo momento, el tamaño de la muestra fue pequeña, no es lo suficientemente grande debido a que fue por conveniencia del investigador.

4.2 Conclusiones

Esta investigación demostró la relación entre la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con antecedente de DT2”, siendo estas significativas y que éste grupo de edad tiene las habilidades para realizar prácticas de autocuidado. Además de demostrar la relación de la AAC y la actividad física en el adolescente.

Referencias

- Acosta, G.S., Suárez, R. J & Vega, A. O. (2015). Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. *Revista colombiana de Enfermería*, 10(10), 45-56. Recuperado de https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev-colomb-enferm-vol10-a__o10
- Agudelo, O. G., Arango, V. E., Bedoya, B, G., Estrada, R. A., Muñoz, C.A., Ossa, G.E., Patiño, V.F & Velásquez, R. C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de adolescentes de Medellín (Colombia): asociación con aspectos sociodemográficos, exceso de peso u obesidad y actividad física. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 255-267. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692014000200002&script=sci_arttext
- Andrade, H.Y., Faria, C.K., Hernández, S.O., Herrera, L A., Machado, R. M & Manrique, M. J. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Revista Avances en Enfermería*, 20(2), 39-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Berra, S., Esandi, M .M., Jougard, F.E., Fueyo, L.J., Mamondi, M., Rivera, C., Pogany, L., Prina, M., Roizen, M & Sánchez, M.C. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en niños con o sin trastornos crónicos. Estudio multicéntrico. *Artículo Argentino Pediátrico*, 113(5), 404-410.
- Boletín de Vigilancia Epidemiológico (2016). Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/boletin/intd_boletin.html
- Campo del, V. J., Moya, M. J., Pinto, G. D., Pires. J. R & Villagra, A.H. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Revista*

- Panamericana Salud Publica*, 35(1), 46-56. Recuperado de
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100007
- Carrillo, A. A. (2015). Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. *Revista Enfermera Nefrología*, 18(1), 31-40. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n1/05_original4.pdf.
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (2010)
<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/adolescencia/adolescencia.html>
- Contreras, C.M & Olazo, O. F. (2015). Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima. *Revista científica de ciencias de la salud*, 8(2), 25-30. Recuperado de
- Dirección de General de Epidemiología Anuario de Morbilidad. (1984-2014).
Recuperado de
http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inicio_anuarios.html
- Dirección General de Epidemiología (2011). Perfil Epidemiológico de la Población Adolescentes en México. (2010). Recuperado de
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/publicaciones2011.html>
- Elena, S.P., García, P.F., García, P.L., Gómez, G. J., Gonzales de Aro, M., González, P.A., Guerreo, M J., Rojaco, P .R., Sánchez, G. S., Santamaría, G.J., Taltavull, A.J Y Urquidi, S. B (2011). Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería. Cizero: Faecap.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) Recuperado de
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pd>

- Fawcett, J. (2013). Contemporary nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. [third edition digital]. Recuperado de <https://www.amazon.com/Contemporary-Nursing-Knowledge-Analysis-Evaluation/dp/0803627653>
- Federación Internacional de la Diabetes (2015). Atlas de la diabetes. Séptima edición. Recuperado de <http://www.diabetesatlas.org/>
- García, R. M., González, C.A., Juárez, Q. E., Márquez, P. P., Olvera, M. A., Rocha, R. M & Rosales, G.M. (2015). Agencia de Autocuidado en Alumnos de Nuevo Ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. *Revista Ciencia y Enfermería*, 21(1), 103-113. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n1/art_10.pdf
- González, A. E., George, L. M., Hidalgo-Rasmussen. C., Martínez, N.V., Molina, C. R., Molina, G. T & Sepúlveda, P. R. (2016). Diferencias de género en la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*. 144, 298-306. Recuperado de
- González, N., George, M., Hidalgo- Rasmussen., Molina, R., Molina, T., Martínez, V., Montaña, R. & Sepúlveda, R. (2015). Bullying y calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes escolares chilenos. *Revista Médica chilena*, 143, 716-723. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-98872015000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández, S. R., Fernández, C.C y Baptista, L.P (2014) Recolección de los datos cuantitativos (6ta Eds.), Metodología de la Investigación (197-275). México:Mc Graw Hill.

- Hidalgo- Rasmussen, C., Rajmail, L y Montaña, E. R (2014). Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. *Revista Ciencia y Saúde colectiva*, 19 (7), 2215-2224 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/269942310_Adaptacion_transcultural_del_cuestionario_KIDSCREEN_para_medir_calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_en_poblacion_mexicana_de_8_a_18_anos
- Hidalgo, C., George, M., González, E., Leal, I., Martínez, V., Molina, C. R., Molina, T & Sepúlveda, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad enfermedad o problemas de salud crónicos. *Revista Chilena de Salud Pública*, 18, 149-160. Recuperado de www.uchile.cl/.../calidad-de-vida-relacionada-con-la-salud-en-adolescent.
- Hoyos, L. C., Jiménez, M.M., Rodríguez, M. J., Valencia, M. M & Valencia, R.C. (2015). Factores de riesgo cardiovascular modificables y agencia de autocuidado en funcionarios de una institución universitaria de la ciudad de Manizales, Colombia. *Archivos de medicina*, 15(2), 266-280. Recuperado de <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/814/1372>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/productosyservicios/default.aspx>
- Klobassa, N., Hensrud, D., Castro, M, R., Collazo-Clavel, M y Nelson, J. (2010). La guía esencial para el manejo de la diabetes. Nueva York: Intersistemas.

- Nava, G. M. (2012). La calidad de Vida: Análisis multidimensional. *Revista Neurológica*, 11(3), 129-137. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Orem, E. D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería.
- Organización Mundial de la Salud (2016) recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2016) recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Quiceno, J.M & Vinaccia. S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *Revista de Psicología Terapia Psicológica*, 14(2), 155-170. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/381/calidad-de-vida-fortalezas-personalesES.pdf>
- Suarez, R.R & Zapata, S.I. (2015). Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital Huayca, Lima. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 8(2), 44-49.

Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación

Carta de Consentimiento Para Padres

Título de Proyecto: Agencia de Autocuidado y Calidad de vida en Adolescentes con Antecedente de Diabetes Tipo 2.

Estimado(a) Señor/Señora:

La LE. Luz María Cadena Martínez estudiante del Programa Educativo de Maestría en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, está realizando un proyecto de investigación. El objetivo del estudio es identificar la relación de la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes con antecedente de diabetes tipo 2 con un rango de edad de 15 a 18 años en el bachillerato “Alfonso Calderón Moreno”.

Procedimientos:

Si usted acepta que su hijo (a) participe en el estudio, se hará lo siguiente:

A su hijo(a) se le realizarán algunas preguntas mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos, en segundo lugar la Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (AAC) confirmada de 24 preguntas elaborada por Isenberg y Evers (1983) y el Cuestionario de Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS) de 52 preguntas elaborada por Rajmil y Ravens-Eieberer (2004). Los cuáles serán llenados con lápiz.

Si usted acepta que su hijo(a), estará colaborando en el proyecto de investigación. Toda información que se nos proporcione para el estudio, será de carácter confidencial, será utilizada únicamente por la responsable del proyecto. Su hijo(a) quedara identificado (a) con las iniciales de su nombre.

Ni usted ni su hijo (a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, los resultados que se obtengan de este estudio serán presentados de tal forma que su hijo (a) no podrá ser identificado. Todo lo anterior con la finalidad para presentar examen profesional para obtener el grado de Maestra en Enfermería.

Se hace la aclaración que la participación de su hijo(a) en este estudio no implica riesgo alguno; usted no recibirá ningún pago por participar y tampoco implicara algún costo para usted.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de no dejar participar a su hijo(a) o de retirar la participación del mismo en cualquier momento. Si usted decide no dejar participar a su hijo no afectara de ninguna manera la forma en cómo lo tratan en la institución en donde estudia.

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con la investigadora responsable del proyecto: LE. Luz María Cadena Martínez al siguiente número de teléfono 22 27 17 32 74 o si lo prefiere puede escribir a la siguiente dirección de correo electrónico start_82mtz@hotmail.com.

Si usted acepta a que participe su hijo(a) de manera voluntaria en el presente estudio; le pediremos sea tan amable de firmar.

Nombre y firma del Padre/Madre/Tutor

Día/ Mes/ Año

Nombre y Firma del testigo

Día/ Mes/ Año

Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación

Carta de Asentimiento

Título de Proyecto: Agencia de Autocuidado (AAC) y Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adolescentes con Antecedente de Diabetes tipo 2.

El objetivo del estudio es determinar la relación de la Agencia de Autocuidado y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adolescentes de 15 a 18 años con Antecedente Heredofamiliar de Diabetes tipo 2 de la preparatoria “Alfonso Calderón Moreno”.

Hola mi nombre es Luz María Cadena Martínez, soy estudiante de Maestría en Enfermería de Facultad de Enfermería. Actualmente estoy cursando el cuarto semestre, estoy realizando un estudio para conocer acerca de la Agencia de Autocuidado y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud y así conocer las habilidades que tienes para autocuidarte teniendo el conocimiento que cuentas con el antecedente Heredofamiliar de Diabetes tipo 2 (DT2) y para ello te pido que me apoyes.

Tu participación en el estudio consistirá en que contestes una cédula de datos sociodemográficos (datos generales), en segundo lugar la Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (AAC), de 24 preguntas elaborada por Isenberg y Evers (1983) y el Cuestionario de Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS), de 52 preguntas Rajmil y Ravens-Eieberer (2004).

Tu participación es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan autorizado que puedes participar, si tu no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. Toda información que nos proporciones, será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrá la responsable del proyecto.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadro de abajo que dice “si quiero participar” y escribe tu nombre. Si no deseas participar, no pongas ningún (x), ni escribas tu nombre.

Si quiero participar

Nombre solo Iniciales _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Día/ Mes/ Año

Apéndice C

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación

Cédula Sociodemográfico del Adolescente con Antecedente de Diabetes Tipo 2

(CSDAADT2) Cadena y Flores, 2015

Instrucciones para el encuestador: recabé los datos otorgados por la persona con diabetes tipo 2 y marque con una X los espacios que lo requieran. Por favor no deje pregunta sin respuesta para tener la información completa.

Fecha: _____

Día Mes año

Datos personales

1. Grado Escolar _____ Edad _____

Género

1. Femenino

2. Masculino

2. Con quien vives

Ambos padres

Papá

Mamá

Abuelos

3. Estrato Socioeconómico.

Bajo

medio

Alto

4. Escolaridad del padre.

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Educación superior

5. Escolaridad de la Madre

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Educación superior

6. Realiza Actividades Física.

Si No A veces

7 .Familiar con Diabetes Tipo 2 Diagnosticada.

. Papá . Mamá Hermano . Ambos Padres

Abuelo Paterno Abuela Paterno Abuelo Materno

Abuela Materno Tío Paterno Tío Materno

Abuelo Paterno-Abuela Paterno Papá-Abuela paterno

Abuelo Paterno-Abuelo Materno Abuela Paterno-Abuelo Materno

Abuela Paterno-Abuelo Materna Papá-Abuela Paterno

Papá-Abuelo Paterno Papa-Abuela Materno

Mamá-Abuela Materna Abuelo Materno-Abuela Materno

Mamá-Abuelo Materno Abuela Materna-Abuela Paterna

Mamá-Abuela Paterno

Apéndice D

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Escala para Estimar la Agencia de Autocuidado (AAC), elaborada Isenberg y Evers (1983).

Lee cada pregunta ¿Cuál es la respuesta que primero se te viene a la mente?, escoge la mejor opción y marca una X sobre ella

		1	2	3	4
	Enunciado	Nunca	Casi Nunca	Casi siempre	Siempre
01	A medida que cambian las circunstancias voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.				
02	Reviso si son buenas las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud.				
03	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.				
04	Puedo hacer lo necesario para mantenerme limpio el ambiente donde vivo.				
05	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
06	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
07	Puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
08	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
09	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10	Cuando hay situaciones que me afectan, las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.				

		1	2	3	4
	Enunciado	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14	Cuando tengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15	Examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo seguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22	Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23	Puedo sacar tiempo para mí.				
24	A pesar de las limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

Apéndice E

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) Rajmil y Ravens-
Eieberer (2004).

Lee cada pregunta ¿Cuál es la respuesta que primero se te viene a la mente?, escoge la mejor opción y marca una X sobre ella

Dominio 1	1	2	3	4	5
1. Bienestar físico	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1. ¿Cómo consideras que es en general tu salud?					

Dominio 1	1	2	3	4	5
1. Bienestar físico	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien de salud y en forma?					
3. ¿Has estado físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, jugado futbol, básquetbol, trotado, montado en bicicleta)?					
4. ¿Has podido correr sin dificultad?					

Dominio 1	1	2	3	4	5
1. Bienestar físico	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5 ¿Te has sentido con energía?					

Dominio 2	1	2	3	4	5
2. Bienestar Psicológico	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?					
2. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?					
3. ¿Te has sentido a gusto con tu vida?					
4. ¿Has estado de buen humor?					
5. ¿Te has sentido alegre?					
6. ¿Te has divertido?					

Dominio 3	1	2	3	4	5
3.Estado de ánimo	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido la sensación de estar haciendo todo mal?					
2. ¿Te has sentido triste?					
3. ¿Te has sentido tan mal como para no hacer nada?					
4. ¿Has sentido que todo en tu vida sale mal?					
5. ¿Te has sentido aburrida/a?					
6. ¿Te has sentido solo/a					
7. ¿Te has sentido bajo presión?					

Dominio 4	1	2	3	4	5
4.Autopercepción	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?					
2. ¿Te has sentido contento/a con tu ropa?					
3. ¿Has estado preocupado/a por tu apariencia?					
4. ¿Has sentido envidia de la apariencia de otros chicos/as?					
5. ¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?					

Dominio 5	1	2	3	4	5
5.Autonomía	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has dedicado tiempo para ti?					
2. ¿Has podido hacer las cosas que has querido en tu tiempo libre?					
3. ¿Has podido salir de casa, a cualquier lado?					
4. ¿Has tenido tiempo para reunirte con tus amigos/as?					
5. ¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?					

Dominio 6	1	2	3	4	5
6.Relación con los padres y vida familiar	Nada	Un poco	Moderada -mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Tus padres te han entendido?					
2. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?					

Dominio 6	1	2	3	4	5
6.Relación con los padres y vida familiar	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Te has sentido feliz en casa?					
4. ¿Tus padres te han dedicado tiempo?					
5. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?					
6. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?					

Dominio 7	1	2	3	4	5
7.Amigos y apoyo social	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as					
2. ¿Has compartido con tus amigos/as?					
3. ¿Te has divertido con tus amigos/as?					

Dominio 7	1	2	3	4	5
7. Amigos y Apoyo Social	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Tú y tus amigos/as se han ayudado unos a otros?					
5. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?					
6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?					

Dominio 8	1	2	3	4	5
8. Recursos Económicos	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?					
2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?					

Dominio 8	1	2	3	4	5
8. Recursos Económicos	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchísimo
3. ¿Tienes suficiente dinero para gastar, hacer cosas con tus amigos/as?					

Dominio 9	1	2	3	4	5
9. Entorno Escolar	Nada	Un poco	Modera- damente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?					
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?					
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores?					

Dominio 9	1	2	3	4	5
9. Entorno Escolar	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has podido poner (prestar) atención en clase?					
5. ¿Te ha gustado ir al colegio?					
6. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?					

Dominio 10	1	2	3	4	5
10. Aceptación Social (Bullying)	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has sentido miedo de otros compañeros/as?					
2. ¿Se han burlado de ti algún compañero/a?					
3. ¿Te han molestado, intimidado (amenazado) otros compañeros/as?					

¡Muchas gracias por tu colaboración!