



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



*Tesis:*

*“Barreras percibidas y su relación con el estilo de vida de pacientes  
con diabetes tipo 2”*

Presenta:

LE. Castillo Silva Elisa Lizbeth

Director de Tesis:

MCE. Resendiz Maldonado Brenda

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Marzo, 2017



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



*Tesis*

*“Barreras percibidas y su relación con el estilo de vida de pacientes  
con diabetes tipo 2”*

Presenta:

LE. Castillo Silva Elisa Lizbeth

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Marzo, 2017

Tesis: Barreras percibidas y su relación con el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2

Número de registro: SIEP/ME/029/2016

**Jurado de Examen de Grado**

---

MCE. Brenda Resendiz Maldonado  
Presidente

---

MCE. María Concepción Hernández Cruz  
Secretario

---

DCE. Erick Alberto Landeros Olvera  
Vocal

---

MCE. Verónica Pérez Badillo  
Vocal

---

MCE. Brenda Resendiz Maldonado  
Director de Tesis

---

MCE. María de la Luz P. Bonilla Luis  
Directora de la Facultad de Enfermería de la  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

---

MCE. Marcela Flores Merlo  
Secretaria de Investigación y  
Estudios de Posgrado

Marzo, 2017

## Resumen

Castillo Silva Elisa Lizbeth  
Benemérita Universidad Autónoma de  
Puebla  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2016

Título del estudio: Barreras percibidas y su relación con el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2

Número de páginas: 37

Candidata para obtener el grado de  
Maestra en Enfermería

**Introducción:** La Diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica degenerativa que aumenta el riesgo de cardiopatías y accidente vascular cerebral, es la principal causa de insuficiencia renal, la neuropatía diabética incrementan el riesgo de pie diabético, llevándolo a la amputación, así mismo la retinopatía diabética es una causa importante de disminución en la agudeza visual, por todo ello, el riesgo de muerte es dos veces mayor que las personas sin diabetes (OMS, 2014; Secretaría de Salud, 2010).

Lo antes mencionado se manifiesta en que a las personas les resulta complicado llevar a cabo un estilo de vida saludable, esto puede estar relacionado con las barreras percibidas, las cuales pueden ser imaginarias o reales que impiden el control de la enfermedad, lo que a su vez garantizan complicaciones en la salud de las personas que la padecen

**Objetivo:**

Determinar la relación de los factores personales y las barreras percibas con el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2.

**Metodología:**

Descriptivo transversal y correlacional, en 96 pacientes con DT2. Se emplearon dos cuestionarios válidos y confiables. Se empleó estadística descriptiva y estadística inferencial, Kolmogorov-Smirnov y regresión lineal simple. El estudio se realizó con apego a las consideraciones éticas.

**Resultados:**

Las personas con diabetes presentan barreras para llevar a cabo un estilo de vida ya que se reporta una Media de 65.4. Además se encontró que las barreras percibidas determinan el estilo de vida ya que se obtuvo una  $F= 3.84$ ,  $p=.053$  y un coeficiente  $R^2 = .29$ .

**Conclusión:**

Se confirma que los factos personales biológicos (edad) y las barreras percibidas altas que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 determinan el estilo de vida sin embargo estos resultados no son concluyentes ya que no clarifica si el 29% tiene efecto desde el punto de vista estadístico, esto es posible a que el tamaño de la muestra es pequeña.

**Firma del Director de Tesis:**

---

## Dedicatoria

La presente Tesis está dedicada a Dios,  
ya que gracias a él he logrado concluir mi carrera.

A mi familia, principalmente a mí Madre  
que ha sido un pilar fundamental en mi formación profesional,  
por brindarme la confianza, oportunidad y recursos para lograrlo,  
y por último a mis compañeros y amigos, quienes compartieron su  
conocimiento, alegría y tristeza y a todas aquellas personas que  
estos años estuvieron a mi lado apoyándome.

Gracias.

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para realizar la Maestría en Enfermería.

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por otorgarme todas las facilidades para estudiar, permitiendo adquirir nuevos conocimientos.

A mi asesor de tesis, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como haberme tenido la paciencia para guiarme durante el desarrollo de la tesis.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, comprensión.

A mis compañeros con los que he compartido grandes momentos.

A mis amigos, por estar siempre a mi lado.

## Tabla de Contenido

	Páginas
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	3
1.2.1 Derivación Teórica empírica	8
1.3 Estudios Relacionados	9
1.4 Definición Operacional de Variables	10
1.5 Objetivo General	11
1.5.1 Objetivos específicos	11
Capítulo II	
Metodología	12
2.1 Diseño del Estudio	12
2.2 Población	12
2.3 Muestreo y Muestra	12
2.4 Criterios de inclusión	12
2.5 Criterios de exclusión	12
2.6 Criterios de eliminación	13
2.7 Instrumento de medición	13
2.8 Procedimiento para la Colecta de Datos	13
2.9 Ética del Estudio	14
2.10 Estrategia de Análisis Estadístico	15

Capítulo III	
Resultados	16
3.1 Confiabilidad de los Instrumentos	16
3.2. Características de la población	16
3.3 Prueba Kolmogorov-Smirnov	19
3.4 Estadística Inferencial	19
Capítulo IV	
Discusión	23
4.1 Conclusión	25
4.2 Recomendaciones	25
4.3 Limites	25
Referencias	26

## Apéndices

	Páginas
A. Consentimiento Informado	29
B. Cédula de Datos Personales de pacientes con Diabetes Tipo 2	30
C. Instrumento de perfil de estilos de vida	31
D. Instrumento de Barreras percibidas por las personas con diabetes mellitus tipo 2	35

## Lista de Tablas

	Página
1. Coeficiente de alfa de Cronbach de los instrumentos	16
2. Factores personales Biológicos y Socioculturales	17
3. Estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2	18
4. Barreras percibidas por las personas con diabetes tipo 2	18
5. Prueba de normalidad para la variable de estudio	19
6. Matriz de correlación entre barreras percibidas y estilo de vida	20
7. Regresión lineal de los factores personales sobre el estilo de vida	21
8. Regresión lineal barreras percibidas con el estilo de vida	22

## Lista de Figuras

	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud de Pender. 1996	6
2. Ubicación del problema en el modelo de promoción de la salud, pender 1996	7
3. Derivación Teórica Empírica de acuerdo a Fawcett (2013)	8
4. Grafica de dispersión de barreras percibidas y estilo de vida	22

# Capítulo I

## Introducción

### 1.1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), refiere que la diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad metabólica crónica, no transmisible y de etiología multifactorial, identificada ya como una pandemia. A nivel mundial existen más de 382 millones de personas con éste padecimiento y se prevé que en el 2030 esta cifra habrá aumentado a 552 millones. Asimismo ha originado al menos 465,000 millones de dólares en gasto sanitario y el 11% ha sido en adultos de 20-79 años, de igual manera ha causado 4.6 millones de muertes. (Organización Panamericana de la Salud [OPS]; OMS, 2012).

En América Latina, se calcula que el número de personas con DT2 podría subir de 25 a 40 millones para el año 2030 (International Diabetes Federation [IDF], 2013); en México se hay una prevalencia de 10.7 millones de personas con Diabetes en edades de 20 a 69 años, de los que el 90 % de esta población es de tipo 2, así como 13 de cada 100 muertes son provocados por esta patología. El gasto anual en instituciones de salud equivale a 475 millones de pesos para la Secretaría de Salud (SS,2010), anualmente alcanzan hasta los 7 mil 784 millones de dólares, de los cuales 3 mil 422 millones corresponden a costos directos del sistema de salud y 4 mil 352 millones a gastos indirectos atribuibles a discapacidad permanente, temporal y mortalidad prematura. En el Estado de Puebla es la tercera causa de muerte, ya que ha afectado a 73.82 hombres y 76.44 mujeres por cada 100 mil habitantes, y el incremento del diagnóstico médico previo en personas de 20 años es de 8.4% (Instituto Nacional de Estadística , Geografía e informática [INEGI], 2013).

La DT2 aumenta el riesgo de cardiopatías y accidente vascular cerebral; además es la principal causa de insuficiencia renal afectando a 7.1 % de la población; la neuropatía diabética combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de pie diabético, llevándolo a la amputación, afectando a un 6.2 % de la población mexicana; la retinopatía diabética es una causa importante de disminución en la agudeza visual, la padece el 40.2% de la población con diabetes; por todo ello, el riesgo de muerte es dos veces mayor que las personas sin diabetes (OMS, 2014; SS, 2010).

Lo antes mencionado se manifiesta por que a las personas les resulta complicado llevar a cabo un estilo de vida saludable, esto puede estar relacionado con las barreras percibidas, las cuales pueden ser imaginarias o reales que impiden el control de la enfermedad, lo que a su vez garantizan complicaciones en la salud de las personas que la padecen. (Pender, 1996).

Existe evidencia científica que muestra que la percepción de barreras para mantener un estilo de vida saludable en personas con diabetes se traduce en la falta de tiempo, cansancio, olvido en la toma de los medicamentos, falta de dinero y de apoyo familiar. (Byers , Garth, Manley y Chlebowy 2016; MacGuireanderson y Fulbrook 2014)

Ante este panorama es necesario que las personas con DT2 tengan un estilo de vida saludable, por lo que enfermería como responsable del cuidado de la salud y cuya misión es ayudar a potenciar el bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad, promueva acciones para mantener estilos de vida saludables, ya que esta enfermedad causa alteraciones a nivel físico, psicológico, social y económico afectando su calidad de vida. Por todo lo anterior, el propósito del estudio fue

describir la relación de los factores personales y las barreras percibidas en el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2, de manera que se provea de elementos que permitan favorecer intervenciones futuras más eficaces para el control de la enfermedad.

## **1.2 Marco Teórico**

El presente estudio está fundamentado por el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola, J Pender (1996) el cual muestra la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno, intentado alcanzar un estado de salud, el Modelo aborda tres principales constructos; características y experiencias individuales; cognición y afectos relativos a la conducta específica y el resultado conductual.

El primero son las características que incluye la conducta previa relacionada, es decir la que ha tenido la persona en el pasado, y los factores personales; estos están divididos en biológicos que incluyen variables como la edad, el género, índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio; psicológicos que incluye variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud y; socioculturales que incluye la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico los cuales son predictivos de una cierta conducta.

El segundo se refiere a la cognición y afectos relativos a la conducta específica, el cual comprende percepción de beneficios de la acción que se refiere a los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud; las barreras percibidas de acción que son bloques anticipados, imaginados o reales para llevar a

cabo una conducta determinada; autoeficacia percibida es la capacidad de la persona de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud; afectos relacionado con la actividad que hace referencia a los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta, basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí; influencias interpersonales que son los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás e incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular); influencias situacionales que son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.

El tercero es el resultado conductual, comprende las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas y son conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control por que existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia; compromiso con un plan de acción que contempla la intención y la identificación de una estrategia planificada, lleva a la implantación de una conducta de salud; conducta promotora de salud es el punto de mira o el resultado de la acción dirigida a los resultados positivos, como el bienestar óptimo el cumplimiento personal y la vida productiva (Ver figura 1).

Con lo anterior Pender afirma que existen procesos biopsicosociales complejos, que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud; por esta razón surgen 14 afirmaciones teóricas las cuales son:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el efecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.

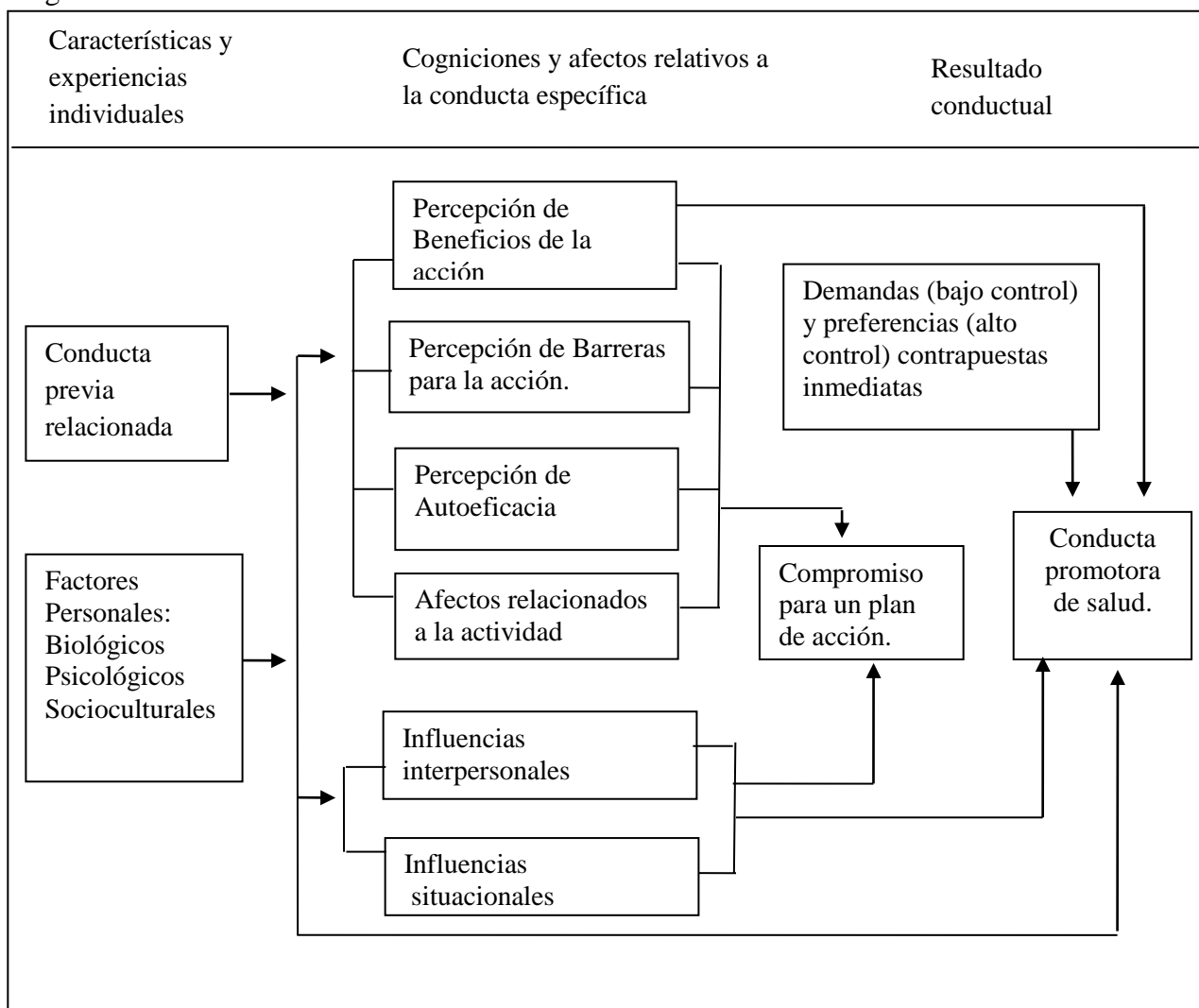
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica
6. El efecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para el/ella modelan sus conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo puede hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el efecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

Figura 1: Modelo de Promoción de la Salud de Pender. 1996



Nota: Modelo de Promoción a la Salud. Pender, (1996.)

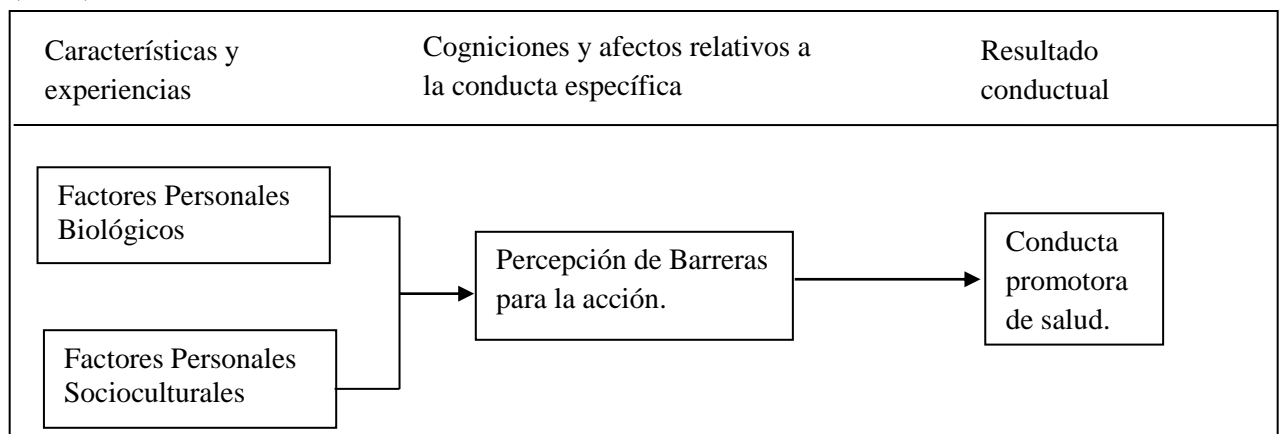
Para este estudio, se abordaron los conceptos de las características y experiencias individuales como la conducta previa relacionada, los factores personales: biológicos (edad y género) y socioculturales (religión y escolaridad), la percepción de barreras para la acción y la conducta de interés fue el estilo de vida. Pender (1996) señala que cuando la disposición para actuar es baja y las barreras son altas la conducta promotora de salud no tiene probabilidad de ocurrir, a diferencia de que cuando la disposición para actuar es alta y las barreras son bajas la probabilidad de que ocurra la conducta es mayor para mejorar el estilo de vida de la población con DT 2, ya que estas son determinantes a la hora de decidir o asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud (Ver figura 2).

De igual forma se tomaron las siguientes afirmaciones teóricas:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.

Figura 2. Ubicación del problema en el modelo de promoción de la salud, Pender.

(1996)

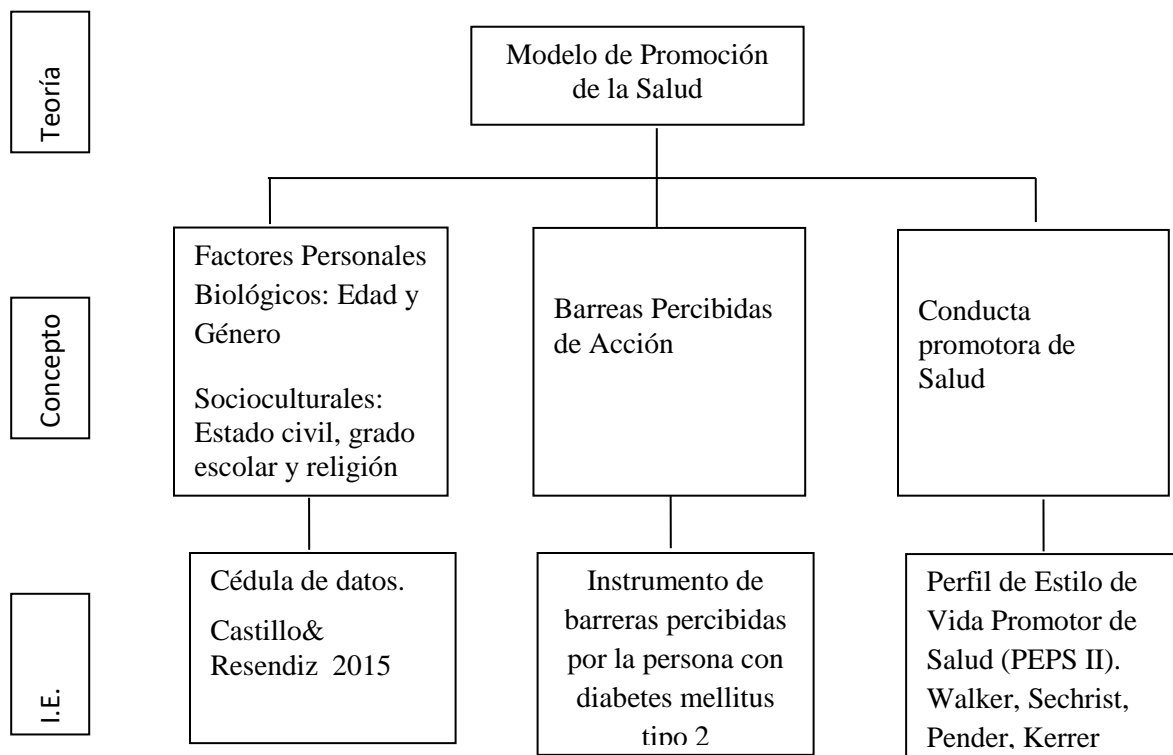


*Nota: Modelo de Promoción de la Salud. Pender,(1996.)*

### 1.2.1 Derivación Teórico Empírica.

La operacionalización de las variables derivó del Modelo de Promoción de Salud de Pender (1996); de las características y experiencias individuales se tomó los factores personales biológicos edad y género, de los factores personales socioculturales religión y escolaridad, lo cuales se midieron mediante la cédula de datos personales de personas con diabetes tipo 2; del constructo cogniciones y afecto específicos de la conducta, las barreras percibidas para la acción, las cuales se evaluaron por medio del instrumento de barreras percibidas para la persona con diabetes mellitus tipo 2; para el apego al tratamiento Martínez y Moreno (2006) y del constructo resultado conductual se indago la conducta promotora de salud el estilo de vida con el instrumento de perfil de estilo de vida (PEPS II) Walker, Sechrist, Pender & Kerrer (1996) (Ver figura 3).

Figura 3. Derivación Teórica Empírica de acuerdo a Fawcett (2013)



*Nota: Derivación teórica empírica en el modelo de promoción a la salud (Castillo y Resendiz, 2015).*

### 1.3 Estudios Relacionados

Cantú (2014), describió el estilo de vida de 65 personas con diabetes tipo 2 en encontró que el género de predominó fue el femenino (72.3%), la edad osciló de los 40 a 59 años (56.9%). Referente al estilo de vida demostró que 56.9 % fue moderadamente saludable y solo el 29.2% saludable, respecto a las dimensiones, alimentación y actividad física se encuentra en moderadamente saludable en un 41.5% y 47.6% respectivamente.

Urbán, Coghlan y Castalleda (2015), Determinaron el estilo de vida en pacientes con Diabetes mellitus de primer nivel de atención, donde encontraron que predomino el sexo femenino en un 65.3%, ellos reportan el estilo de vida como poco favorable en un 67.9%, el 23.5% es favorable y solo el 8.7% es desfavorable, de acuerdo a los dominios la alimentación presenta mal hábitos en un 67 %.

Figuroa- Suárez et al. (2014) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir el estilo de vida de personas con diabetes tipo 2. Los hallazgos indicaron que el 54.7% son mujeres, la edad promedio es de 53.5 (DE = 6.6) y reportaron que los dominios del estilo de vida que requiere atención fueron: actividad física (48.1%) dieta (68.7%) y responsabilidad en salud (73.5%).

Egan, Mahmood, Fenton, Redziniak, Kyaw Tun, Sreenan, y McDermott (2013) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las barreras percibidas para realizar ejercicio, ellos reportaron las principales barreras: cansancio, malestar físico, aburrimiento, falta de tiempo, vergüenza por su apariencia, malestar físico.

Byers, Garth, Manley y Chlebowy (2016). Identificaron las barreras que presentan los pacientes con diabetes tipo 2 en adultos afroamericanos, ellos encontraron que 56% de los participantes tienen educación universitaria y el 52% padecen la

enfermedad más de 10 años; ellos reportan que las barreras encontradas son la alimentación, el olvido en la toma de los medicamentos, el ejercicio.

McGuire, Anderson y Fulbrook (2014). Realizaron un estudio con el objetivo de explorar el nivel y tipo de barreras percibidas en mujeres con diabetes tipo 2, donde encontraron que la edad de los participantes era de 34 a 45 años de edad, las barreras principales son: no le interesa, preocupación por la seguridad, demasiado cansada, sentir que no ayudan, falta de tiempo; entro los factores sociales reportaron la falta de dinero, apoyo familiar y amigos.

Marcy, Britton y Harrison, (2011) Identificaron las barreras en pacientes con diabetes tipo 2 en una población afroamericana y europea, con una muestra de 98 pacientes, con una edad media de 51 años (DE= 6.5), una media de padecer diabetes de 9,76 años, ellos encontraron que existe la dificultad para resistirse a la tentación de comer alimentos poco saludables, además de que los alimentos saludables son costosos.

#### **1.4 Definición Operacional de Variables**

Factores Personales caracterizados como biológicos (edad en años y género) y socioculturales (escolaridad y religión) los cuales son factores que teóricamente determinan la conducta de la persona con DT2 y fueron evaluadas por medio de la Cédula de Datos Personales del Paciente con Diabetes Tipo 2 (Castillo y Resendiz, 2015).

Barreras percibidas para la acción: son los obstáculos que el adulto con DT2 percibe, ante su enfermedad para el apego al estilo de vida, fueron evaluadas por medio del instrumento Barreras percibidas por la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 (Martínez y Moreno, 2006)

Estilo de vida: son las actividades que la persona con DT2 realiza de manera cotidiana para mantener su salud. Esta fue medida a través del instrumento Perfil de Estilos de Vida. (Walker, Sechirst y Pender 1996)

### **1.5 Objetivo General**

Determinar la relación de los factores personales y las barreras percibidas con el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2.

#### **1.5.1 Objetivos específicos.**

Identificar y describir los factores personales biológicos (edad y género), socioculturales (religión y grado escolar).

Identificar el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2.

Identificar las barreras percibidas de las personas con diabetes tipo 2

Determinar la relación de los factores personales con el estilo de vida.

Describir el porcentaje de la varianza explicada de las barreras percibidas sobre el estilo de vida.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

#### **2.1 Diseño del Estudio**

El diseño del presente estudio fue, descriptivo, transversal y correlacional, dado que tiene como objetivo determinar la relación de los factores personales y las barreras percibas con el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2.

#### **2.2 Población**

La población se conformó con pacientes con diabetes tipo 2, atendidos en un primer nivel de atención, en un rango de edad de 29 a 62 años, que asistan a la unidad médica familiar número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

#### **2.3 Muestra y Muestreo**

El cálculo de la muestra se llevó a cabo a través del análisis de potencia con una confiabilidad del 95% para el estudio y un margen de error (alfa) de .05; para lo cual se preestableció una correlación de  $r$  de .30 y un poder de .80, quedando una muestra de 88 individuos a encuestar más un 10% de atrición para amortiguar el posible sesgo, resultando una muestra final de 96 personas a encuestar. El muestreo fue por conveniencia, no probabilístico (Burns y Grove, 2012)

#### **2.4 Criterios de Inclusión**

Personas que padezcan diabetes tipo 2, con una evolución mínima de 3 años, que aceptaron participar en dicha investigación y hayan firmado el consentimiento informado.

#### **2.5 Criterios de Exclusión**

Personas con DT2 que no hablen lengua castellana, que tengan déficit de comunicación y padezcan alguna discapacidad física.

## **2.6 Criterios de Eliminación**

Cuestionario que no fue contestado en su totalidad o que tenga doble respuesta, así como el participante que haya decidido abandonar el estudio.

## **2.7 Instrumentos de Medición**

Se utilizó el instrumento de cédula de datos personales (apéndice B), en el cual se registró edad, género, religión, escolaridad, tiempo de diagnóstico de la enfermedad y tratamiento farmacológico, además del cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-II) de Walker Sechrist, Pender y Kerrer (1996) (apéndice C), Cuenta con 52 ítems, con 4 opciones de respuesta tipo likert, donde: 1= Nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= rutinariamente y se divide en 6 subescalas, nutrición con 9 reactivos; actividad física con 8 reactivos; responsabilidad en salud 9 variables; manejo del estrés con 8 variables; relación interpersonal con 9 variables y el último desarrollo espiritual con 9 variables. Con un valor mínimo de 52 y el máximo de 208; Gallegos y Bañuelos, 2004 encontraron un alfa de Cronbach de .85

Se utilizó el instrumento de barreras percibidas por la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 (Martínez y Moreno 2006) (apéndice D). Con cinco opciones de respuesta tipo liker donde: 1= nunca, 2= rara vez, 3= algunas veces, 4= con frecuencia y 5= siempre. Con un valor mínimo de 32 y un valor máximo de 160. Con un alfa de Cronbach de .90.

## **2.8 Procedimiento para la Colecta de Datos**

Se contó con la aprobación por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y del Comité tutorial integrado por profesores investigadores de esta Facultad, así como

la autorización del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Puebla y de la Unidad Médica Familiar No 7.

Los adultos fueron captados al llegar a consulta externa, una vez identificados, se le dio a conocer el propósito del estudio y se solicitó su participación voluntaria mediante consentimiento informado por escrito, haciendo énfasis en la libertad de retirarse del estudio en el momento que lo consideren necesario.

Para la aplicación de los instrumentos se buscó un lugar que permita la interacción y respeto a la privacidad de la persona, garantizándole su anonimato, los instrumentos fueron aplicados por el investigador en un tiempo aproximado de 30 minutos, se dio el consentimiento informado, en seguida la cédula de datos personales, así como el instrumento de perfil de estilo de vida, además el instrumento de barreras percibidas por la persona con DT2 al término se agradeció su participación.

Los instrumentos se resguardaron por el investigador principal en un lugar seguro.

## **2.9 Ética del Estudio**

El presente estudio fue guiado por lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos (LGS, 2015); con base al artículo 14, Fracción VII y VIII, el proyecto recibió la aprobación por la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y del Comité tutorial integrado por profesores investigadores de esta Facultad, así como la autorización del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Puebla y de la Unidad Médica Familiar No 7.

Se tomó en consideración lo establecido en el Título II, acerca de los aspectos éticos que deben prevalecer en toda investigación con seres humanos; del Capítulo I,

Artículo 13 con respecto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los cuidadores informales, se aseguro la confidencialidad de la información que el cuidador informal proporcione. Con respecto al Artículo 14, Fracción V, VII, el Artículo 20 y 21, Fracciones I, II, IV, VI, VII, y VIII; se solicitó el consentimiento verbal y por escrito de las personas involucradas para que puedan participar en el estudio, el cual contendrá claramente la explicación y la justificación de los objetivos de la investigación, así como el procedimiento para responder y aclarar cualquier duda que se presente; de igual forma la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin tener alguna repercusión en la atención recibida.

### **2.10 Estrategia de Análisis de Datos**

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statiscal Package for the Social Sciencies (SPSS) versión 21 en español, para la consistencia interna de los instrumentos se obtuvo el alfa de Cronbach, para los objetivos específicos 1, 2 y 3 se realizó estadística descriptiva como tablas de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, los datos obtenidos se sometieron a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para identificar la distribución de las datos, para los objetivos 4 y 5 se utilizó una correlación de Pearson y posterior regresión lineal simple para verificar el porcentaje de la variación explicada.

## Capítulo III

### Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio sobre la influencia de los factores personales y las barreras para la acción en el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Se muestra la consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes, la prueba de normalidad y estadística inferencial como regresión lineal simple.

#### 3.1 Confiabilidad de los instrumentos

En la tabla 1 se reporta la confiabilidad de los instrumentos, mediante el alfa de Cronbach el cual es aceptable de acuerdo Burns y Grove (2012)

Tabla 1

*Coefficiente alfa de Cronbach de los instrumentos.*

Instrumento	No de Reactivos	Coefficiente
Perfil de estilos de vida PEPS-II	52	.96
Barreras percibidas por la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 para el apego al tratamiento	32	.82

n= 96

#### 3.2 Características de la población

La tabla 2 muestra que la población mayoritaria pertenece al género femenino en un 64.6%, en relación al estado civil el 66.7% es casado, la religión que mayor profesan es católica en un 89.6% con respecto a la escolaridad el 44.8% tienen primaria y la edad que predominó es de 51-60 años en un 69.8 %.

Tabla 2

*Factores Personales Biológicos y Socioculturales.*

Variable		<i>f</i>	%
Genero	Femenino	62	64.6
	Masculino	34	35.4
Estado civil	Soltero (a)	6	6.3
	casado (a)	64	66.7
	Unión libre	4	4.2
	Viudo (a)	18	18.8
	Divorciado	4	4.2
Religión	Católica	86	89.6
	Pentecostés	2	2.1
	Cristiana	6	6.3
	Testigo de Jehová	2	2.1
Escolaridad	Primaria	43	44.8
	Secundaria	2	2.1
	Preparatoria	9	9.4
	Profesión	13	13.5
	Analfabeta	8	8.3
Edad	30-40	2	2.08
	41-50	20	20.8
	51-60	67	69.8
	61-62	7	7.3

Fuente: Cédula de Datos Personales

n= 96

La tabla 3 refiere que las personas con diabetes tipo 2 tienen mayor dominio en las dimensiones desarrollo espiritual y desarrollo interpersonal y el que menor fomenta es actividad física y nutrición.

*Tabla 3*

*Estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2*

	N	AV	F	CS
	%	%	%	%
Nutrición	25.46	48.91	17.93	7.69
Actividad física.	27.04	35.46	22.03	15.45
Responsabilidad en Salud.	16.97	45.43	26.05	11.53
Manejo del estrés	18.83	42.18	23.70	15.26
Desarrollo interpersonal	3.63	22.32	36.16	37.87
Desarrollo espiritual.	2.03	20	30.66	47.29

Nota: N= nunca AV= algunas veces F= Frecuentemente CS=casi siempre

n: 96

La tabla 4 muestra que las personas con diabetes presentan barreras para llevar a cabo un estilo de vida ya que se reporta una media de 65.4.

*Tabla 4*

*Barreras percibidas por las personas con diabetes tipo2*

Variable	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Índice de barreras percibidas	65.4	66.6	4.7	54.1	79.1

n.96

### 3.3 Prueba de Kolmogorov – Smirnov.

La tabla 5, muestra que la media de edad de los participantes fue de 55 ( $DE=5.3$ ), la prueba de Kolmogorov – Smirnov en las variables estilo de vida y barreras percibidas presentan normalidad obteniendo una  $p = .094$  y  $p = .251$  respectivamente por lo que se utilizó Pearson.

Tabla 5

*Prueba de normalidad para las variables del estudio*

Variables	M	DE	Valor	Valor	K-S	Valor
			mínimo	máximo		
Instrumento de perfil de estilo de vida (PEPS-II)	51.1	16.4	23.27	88.46	1.23	.094
Instrumento de barreras percibidas para el apego al tratamiento.	62	14.0	16.41	90.63	1.01	.251

*Nota: M= media, DE = desviación estándar, K-S= kolmogorov- Smirnov*

*n=96*

### 3.4 Estadística inferencial

En la tabla 6 se observa la correlación entre las variables estilo de vida y las barreras percibidas en las personas con diabetes tipo 2 con las siguientes características: dirección negativa, tamaño y efecto pequeño y estadísticamente significativo ( $r = -.432$ ,  $p = .001$ ). Asimismo se observa la relación entre estilo de vida y la edad es negativa con un tamaño de efecto pequeño, pero estadísticamente significativa ( $r = -.211$  con,  $p = .039$ ), por otra parte entre barreras percibidas y edad no hay una correlación estadísticamente significativa ( $r = -.069$ ,  $p = .507$ )

Tabla 6.

*Matriz de correlación entre barreras percibidas y estilo de vida.*

Variable	1	2	3
1. Estilo de vida	1		
Valor de p			
2. Barreras percibidas	-.435	1	
Valor de p	.001*		
3. Edad	-.211	-.069	
Valor de p	.039*	.507	1

*Nota: \*= $p < 0.05$*  *n=96*

Para alcanzar el objetivo determinar la relación de los factores personales con el estilo de vida, se realizó una regresión lineal simple, donde muestra una  $F=2.5$ , una significancia estadística  $p= .048$ , al determinar la  $R^2$  ajustada se identificó que los factores personales que contribuyen a la varianza explicada del estilo de vida son: edad, genero, religión y grado escolar en un 6 %. (Tabla 7).

Tabla 7

*Regresión lineal de los factores personales sobre el estilo de vida.*

Variables independientes	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificado	T	Valor de p
	$\beta$	Error	$\beta$		
Edad	-0.763	.315	-.247	-2.422	.017
Genero	-7.132	3.415	-.208	-2.088	.040
Religión	2.636	2.572	.104	1.025	.308
Grado Escolar	-2.43	1.050	-.023	-.232	.817

$F = 2.503$  ,  $p = .048$ ,  $R^2$  ajustada = .060

$n=96$

Para el objetivo 5, que se planteo describir el porcentaje de la varianza explicada de las barreras percibidas sobre el estilo de vida, se realizó una regresión lineal simple, donde se mostró que las barreras percibidas determinan el estilo de vida, dado que se obtuvo una  $F = 3.84$ ,  $p = .053$  y un coeficiente  $R^2 = .29$ .

Por lo tanto las barreras percibidas explican en un 29 % la varianza del estilo de vida, sin embargo la significancia estadística es limítrofe, estos resultados no son concluyentes (tabla 8)

Tabla 8

*Regresión lineal barreras percibidas con el estilo de vida*

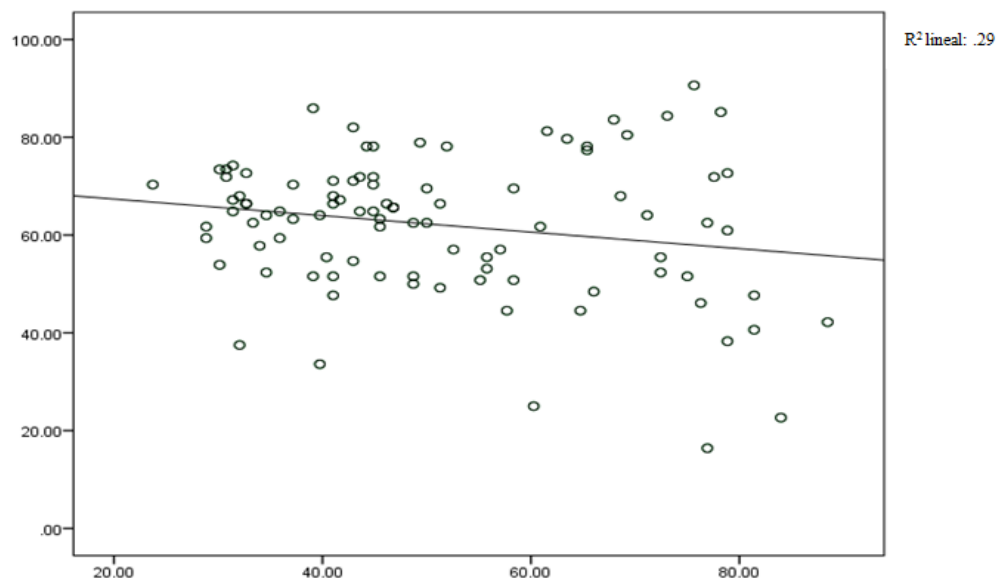
Variables independientes	<i>Coefficientes no Estandarizados</i>		<i>Coefficientes Estandarizados</i>		<i>Valor de p</i>
	$\beta$	Error	$\beta$		
Barreras percibidas	-.232	.119	-.198	-1.961	-0.053

$F = 3.845$  ,  $p = .053$  ,  $R^2$  ajustada = .29

n=96

Figura 4

Grafica de dispersión de barreras percibidas y estilo de vida.



## Capítulo IV

### Discusión

En este capítulo se presentan las principales contrastaciones de las relaciones explicativas y predictivas en las variables edad, barreras y estilo de vida en 96 personas con diabetes tipo 2.

En relación a los factores personales biológicos que caracterizaron a la muestra se obtuvo que la población mayoritaria es femenina, la edad promedio es de 51 a 60 años, son casados y la escolaridad es primaria, resultados que coinciden con lo reportado por Romero-Márquez et al (2011), Ramírez Ordoñez, et al (2011) Cantú (2014) quienes reportan la edad promedio de 53.5 y 66.5 respectivamente y la población que predominó fue femenina esto similitud se puede explicar porque la población también son mexicana.

En el estilo de vida se obtuvo que la sub escalas con mayor incidencia es desarrollo espiritual y desarrollo interpersonal y de forma contrastada las que requieren de mayor atención es la actividad física y la nutricional al ser las menos desarrolladas pero necesarias para tener una mejor conducta de salud, lo cual también fue observado por Cantú (2014) y Romero-Márquez, et al (2011) quizá estas coincidencias son debido a que ambas poblaciones estudiadas son mexicanas donde se tienen creencias religiosas arraigadas y costumbres de salud poco implementadas en el núcleo familiar.

Con respecto a las barreras en el estilo de vida, se encontró que los pacientes con DT2 tienen un alto nivel de barreras percibidas, que a diferencia de los demás autores que también las han estudiado, no reportan el nivel, sin embargo señalan cada una de las barreras que se encuentran alteradas, como el caso de Egan et al (2013) donde

identificaron las barreras percibidas para realizar ejercicio, ellos reportan las principales barreras como: cansancio, malestar físico, aburrimiento, falta de tiempo, vergüenza por su apariencia, malestar físico. Así como McGuire et al (2014). Donde las barreras principales son: no le interesa, preocupación por la seguridad, demasiado cansada, sentir que no ayudan, falta de tiempo; en los factores sociales reportaron la falta de dinero, apoyo familiar y de amigo. Estas diferencias pueden deberse a que la población pertenece a un país de primer mundo.

De acuerdo a la relación de los factores personales y las barreras percibidas con el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2, se observó que las variables si determinan el estilo de vida esto puede ser explicado desde la perspectiva del modelo de promoción de la salud de Pender (1996), ya que menciona que las características y experiencias individuales que tiene el individuo específicamente la edad unido a las cogniciones en este caso las barreras percibidas permiten inferir en un resultado conductual que es el estilo de vida, además concuerda con dos afirmaciones teóricas que refieren que las características heredadas y adquiridas influyen en la conducta de promoción de la salud y las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción y la conducta real; por lo tanto el estudio demuestra de forma empírica que el fenómeno de promoción de salud es acercado la realidad esto con base a la estructura teórico -empírico de Fawcett (2013) sin embargo estos resultados no son concluyentes ya que estadísticamente no son significativos, por lo que no clarifica si el 29 % tienen un efecto desde el punto de vista estadístico, es posible que esto se deba a que el tamaño de la muestra es pequeño.

#### **4.1 Conclusiones**

Al realizar este estudio se confirman algunas relaciones entre los conceptos tomados del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1996) en lo que se observó que los factores personales biológicos (edad) y las barreras percibidas que presentan los pacientes con diabetes tipo 2, determinan el estilo de vida. Sin embargo estos resultados no son concluyentes ya que no clarifica si el 29 % tienen efecto desde el punto de vista estadístico, es posible que esto se deba a que el tamaño de la muestra es pequeño.

#### **4.2. Recomendaciones**

1. Realizar más estudios sobre barreras percibidas para la acción para contar con mayores evidencias y fortalecer el conocimiento sobre está así como identificar cuáles son las barreras más persistentes.
- 2 Realizar el estudio con muestras más grandes y aleatorizado.

#### **4.3 Limites**

No encontrar estudios directamente relacionados por lo que limito la discusión.

### *Referencias*

- Burns, N. y Grove, S. (2012) Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia (5ª Ed.). España: Elsevier.
- Byers, D., Garth, K., Manley, D., & Chlebowski, D. O. (2016). Facilitators and Barriers to Type 2 Diabetes self-Management Among Rural African American Adults. *Journal Of Health Disparities Research & Practice*, 9 (1), 164-174.
- Cantú, P.C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo . *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*, 27,1-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44832162002>
- Del Águila, R. (2012) Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Egan, A. M., Mahmood, W. W., Fenton, R., Redziniak, N., Kyaw Tun, T., Sreenan, S., & McDermott, J. H. (2013). Barriers to exercise in obese patients with type 2 diabetes. *QJM: Monthly Journal Of The Association Of Physicians*, 106(7), 635-638. doi:10.1093/qjmed/hct075
- Fawcett, J. & Desanto – Madeya, S. (2013) conceptual-Theoretical- Empirical Sistem- Based Nursing Practice 3<sup>rd</sup> (ed.), Contemporary Nursing Knowledge, Analysis and Evaluation of nursing Models and Theories (pp.28-33 )
- Figueroa- Suárez ME, Cruz- Toledo JE, Ortiz- Aguirre AR, Lagunes- Espinosa AL, Jiménez – Luna J, Rodríguez- Moctezuma JR (2014) Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa diabetIMSS 150: 29-34.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2013 estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes Recuperado de

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>

International Diabetes Federation. La carga mundial. Diabetes atlas sixth edición

Recuperados de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/la-carga-mundial?language=es>

Irvine, A. A., Saunders, JT., Blank, BM. & Carter, RW. (1990). Validation of scale measuring environmental barriers to diabetes –regimen adherente. Diabetes care, 1990; 13 (7) ,711.

Marcy, T. R., Britton, M. L. y Harrison, D (2011) Identification of barriers to appropriate dietary behavior in low- income patients with tipe 2 diabetes mellitus. Diabetes Ther 2(1): 9-19.

Martínez E L. & Moreno M. G. (2006). Barreras percibidas en el estilo de vida en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Desarrollo Científico en Enfermería, 14(6) ,196-201.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Nota descriptiva N° 312. Recuperado 20 de Octubre 2014 en de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (2012)La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=esonterrey](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=esonterrey)

Pender, N (1996). Health promotion in nursing practice (3ra edición) traducción López C.V. 2-3: 51-75 Monterrey Nuevo León (trabajo original publicado en 1987)

Secretaría de Salud (2010) NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus.

<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/dmdocuments/NOM%20015%20SSA2%202010%20Diabetes%20Mellitus.pdf>

Secretaria de salud (2013) Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología (2013) Boletín epidemiológico Diabetes mellitus tipo 2 primer trimestre.

Urbán- Reyes BR, Coghlan- López JJ, Castañeda- Sánchez O. (2015) Estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención. *Aten Fam.* 22(3):68-71.

Vive con diabetes (2014). Estadísticas. Disponible en

<http://www.vivecondiabetes.com/basicos-de-diabetes/estadisticas>.

[www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-](http://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=estilo%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202)

[instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-](http://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=estilo%20de%20vida%20en%20pacientes%20con%20diabetes%20mellitus%20tipo%202)

Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ, Kerrer MJ. A (1990) Spanish language version of the Health Promoting Lifestyles Profile. *Nurs Res. sepoct*:39(5);268-73.



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



Apéndice A

Consentimiento informado

La Lic. Elisa Lizbeth Castillo Silva me ha solicitado participar en su estudio de investigación “Barreras percibidas en el estilo de vida de pacientes con diabetes tipo 2” cuyo propósito es conocer las barreras percibidas para tener un estilo de vida saludable en el proceso de la enfermedad crónica que vivo.

Después de conocer el propósito de la investigación y que el estudio no representa riesgos de ninguna naturaleza para mi vida, además se me explico que los datos sobre mi participación serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento en que yo lo desee, por lo que manifiesto estar de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio de investigación y autorizo se me realicen las preguntas necesarias en la entrevista.

---

Nombre del participante

---

Firma

---

Nombre del investigador

---

Firma

---

Testigo

---

Firma



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



Apéndice B

Cédula de Datos Personales de Pacientes con Diabetes Tipo 2

(Castillo y Resendiz 2015)

Instrucciones: favor de leer claramente cada una de las preguntas al entrevistado para facilitar su respuesta.

Número:		
Edad:	Genero Masculino ( ) Femenino ( ) )	Religión
Estado civil: Soltero ( )    Casado ( )    Unión libre ( )    Viudo ( )    Divorciado ( ) )		
Escolaridad: 1.-Primaria ( )                      2.- Secundaria ( )                      3.- Preparatorio o equivalente ( ) 4.-Profesión ( )                      5.- Posgrado ( )		
Tiempo de diagnóstico de la enfermedad		



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



Apéndice C

Instrumento de Perfil de Estilos de Vida

(PEPS-II), 1996

Fecha\_\_\_\_\_

Instrucciones

En este cuestionario se pregunta el modo en el que vives en relación a tus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta e incorrecta, solo es tu forma de vivir.

Favor de no dejar respuestas sin responder. Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje tu mejor forma de vivir.

1= Nunca            2= Algunas veces            3= Frecuentemente            4=

Rutinariamente

1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas cercanas	1	2	3	4
2	Escojo una dieta baja en grasas y colesterol.	1	2	3	4
3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud sobre algún síntoma extraño o inusual en mi cuerpo o estado de salud.	1	2	3	4
4	Sigo un programa de ejercicios planificados	1	2	3	4
5	Duermo lo suficiente.	1	2	3	4
6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	1	2	3	4

7	Felicito fácilmente a otras personas por sus éxitos.	1	2	3	4
8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contengan azúcar.	1	2	3	4
9	Veo programas de televisión acerca de mejorar la salud.	1	2	3	4
10	Hago ejercicio vigoroso de más de 20 minutos por lo menos 3 días a la semana. (Caminar rápido, correr, baile aeróbico, bicicleta, escaladora).	1	2	3	4
11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	1	2	3	4
12	Creo que mi vida tiene propósito.	1	2	3	4
13	Mantengo relaciones familiares y amistosas significativas y enriquecedoras.	1	2	3	4
14	Como de 6-11 piezas o de pan, platos de cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	1	2	3	4
15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	1	2	3	4
16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	1	2	3	4
17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	1	2	3	4
18	Miro adelante hacia el futuro.	1	2	3	4
19	Paso tiempo con mis mejores amigos.	1	2	3	4
20	Como de 2 a 4 frutas todos los días.	1	2	3	4
21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi doctor.	1	2	3	4
22	Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como	1	2	3	4

	nadar, bailar, andar en bicicleta).				
23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	1	2	3	4
24	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	1	2	3	4
25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	1	2	3	4
26	Como de 3 a 5 vegetales todos los días.	1	2	3	4
27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	1	2	3	4
28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	1	2	3	4
29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión o estrés.	1	2	3	4
30	Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida (trabajo, carrera universitaria, comprar casa o auto).	1	2	3	4
31	Me preocupo y se preocupan por mí las personas que me importan.	1	2	3	4
32	Como de 2 a 3 vasos de leche, yogurt, o platillos con queso cada día.	1	2	3	4
33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	1	2	3	4
34	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos para caminar más).	1	2	3	4
35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	1	2	3	4

36	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	1	2	3	4
37	Busco maneras de llenar mis necesidades emocionales y sentimentales.	1	2	3	4
38	Como solamente de 2 a 3 platillos en total de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	1	2	3	4
39	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí mismo(a).	1	2	3	4
40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	1	2	3	4
41	Practico relajación o meditación de 15-20 minutos diariamente.	1	2	3	4
42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	1	2	3	4
43	Busco apoyo en un grupo de personas que se preocupan por mí.	1	2	3	4
44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	1	2	3	4
45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado mi salud.	1	2	3	4
46	Mi pulso se eleva cuando hago ejercicios.	1	2	3	4
47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	1	2	3	4
48	Creo en alguien superior o en una fuerza más grande que yo (Dios, ángeles, la santa muerte).	1	2	3	4
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	1	2	3	4
50	Desayuno todos los días.	1	2	3	4
51	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	1	2	3	4
52	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	1	2	3	4



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado



### Apéndice D

Instrumento de Barreras Percibidas por la Persona con Diabetes Mellitus tipo 2

(Martínez y Moreno 2006)

En este cuestionario se le pregunta los obstáculos que le impiden llevar a cabo un estilo de vida saludable por lo se le pide marque con una X la respuesta que usted considere.

1= Nunca    2= Rara vez    3= Algunas veces    4= Con frecuencia    5=

Siempre

1	Se le dificulta disponer de tiempo en casa para preparar la comida recomendada	1	2	3	4	5
2	Se le dificulta disponer de tiempo para comer en el trabajo	1	2	3	4	5
3	Cuando está fuera de casa se le dificulta encontrar comida saludable	1	2	3	4	5
4	Le es difícil preparar los alimentos recomendados	1	2	3	4	5
5	A usted se le olvida el tipo de dieta que debe llevar a cabo para su cuidado	1	2	3	4	5
6	Considera complicado seguir la dieta indicada	1	2	3	4	5
7	El estar lejos de casa le impide comer los alimentos recomendados para una persona con diabetes.	1	2	3	4	5
8	Considera costoso comer los alimentos recomendables para una persona con diabetes	1	2	3	4	5
9	Participar en ocasiones especiales(fiestas, ) le impiden comer saludablemente	1	2	3	4	5
10	Considera difícil regresar a su dieta después de romperla	1	2	3	4	5
11	Le es difícil tener en casa los alimentos recomendables para una persona con diabetes	1	2	3	4	5
12	Considera que el tener en casa los alimentos no permitidos le impiden comer saludable.	1	2	3	4	5
13	Se le olvida tomar su medicamento	1	2	3	4	5

14	Sus familiares le impiden comer alimentos poco saludables	1	2	3	4	5
15	Se le dificulta hacer ejercicio por lo menos 2 o 3 veces a la semana	1	2	3	4	5
16	A usted se le dificulta disponer de tiempo en casa para hacer ejercicio	1	2	3	4	5
17	Considera que padecer diabetes le impide hacer ejercicio	1	2	3	4	5
18	Se le dificulta hacer ejercicio por su trabajo	1	2	3	4	5
19	Se le dificulta asistir a programas educativos sobre el cuidado de su salud.	1	2	3	4	5
20	Se le dificulta asistir a programa o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4	5
21	Se le dificulta realizar actividad física como caminar, nadar, jugar fútbol, andar en bicicleta	1	2	3	4	5
22	Se le dificulta tomar tiempo para relajarse	1	2	3	4	5
23	Se le dificulta encontrar las cosas que le producen ansiedad o nerviosismo	1	2	3	4	5
24	Se le dificulta dormir	1	2	3	4	5
25	Se le dificulta discutir con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4	5
26	Se le dificulta expresar cariño a las personas cercanas a ti	1	2	3	4	5
27	Se le dificulta relatar al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4	5
28	Se le dificulta leer revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud.	1	2	3	4	5
29	Sus familiares le recuerdan que debe tomar su medicamento y llevar dieta	1	2	3	4	5
30	Sus familiares le ayudan a entender las indicaciones del profesional de la salud para seguir la dieta recomendada	1	2	3	4	5
31	Pregunta al profesional de la salud las diferentes combinaciones de alimentos que puede comer	1	2	3	4	5
32	Sus familiares le motivan hacer algún tipo de ejercicio	1	2	3	4	5