



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría Académica

*Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida
en Personas con Diabetes Tipo 2*

Tesis presentada para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:
Alexis Contreras Gil

Febrero, 2021.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Académica

*Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida
en Personas con Diabetes Tipo 2*

Tesis presentada para obtener el grado de:
Licenciado en Enfermería

Presenta:
Alexis Contreras Gil

Directora de Tesis:
DCE. Arelia Morales Nieto

Febrero, 2021.

Tesis: Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida en Personas con Diabetes Tipo 2.

Número de registro: 024/2019/SAC/FE-BUAP

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Arelia Morales Nieto
Presidente

DCE. Vianet Nava Navarro
Secretario

ME María del Rosario Ricardez Ramírez

Vocal

DCE. Arelia Morales Nieto
Directora de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

MCE. Yara Gracia Verónica
Secretaria Académica

Agradecimientos

Quiero agradecer principalmente al ser supremo, por haberme brindado la oportunidad de vivir la experiencia de realizar una investigación. A mi mamá por creer en mí y por haberme apoyado incondicionalmente en todos los proyectos que emprendo. A la doctora Arelia por haberme invitado a esta gran oportunidad, además de su paciencia, dedicación y amor por enseñarme. A la maestra Rosario Ricardez por haberme apoyado, impulsado y enseñado en los momentos que más lo necesite. A la maestra Yara y Gaby por haber estado junto a mí, dándome ánimos y ayudando a no decaer en el proceso. Al Mtro. Jorge, al Mtro. Paco. A la Dra. Vianet y al Dr. Blanco por haberme explicado con mucha paciencia cosas que me eran difícil comprender.

Gracias a todos por todo su apoyo, amor y comprensión.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a mi madre principalmente por haberme apoyado de forma incondicional, a la doctora Arelia por haberme, hecho partícipe y haberme brindado su confianza, y por supuesto al ser supremo que me ha guiado hasta este momento de mi vida.

Contenido Temático

	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco Teórico	4
1.2.1 Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo	8
1.3 Definición de Términos	9
1.3.1 Definición Conceptual de Términos	9
1.3.2 Definición Operacional de Términos	11
1.4 Estudios Relacionados	14
1.4.1 Percepción de Enfermedad	14
1.4.2 Estilo de Vida	17
1.5 Objetivo General	18
1.5.1 Objetivos Específicos	18
Capítulo II	19
Metodología	19
2.1 Diseño del Estudio	19
2.2 Población	19
2.3 Muestreo y Muestra	20
2.4 Criterios de Selección	20
2.4.1 Criterios de Inclusión	20
2.4.2 Criterios de Exclusión	20
2.4.3 Criterios de Eliminación	20
2.5 Instrumentos de Recolección de Datos	21

2.5.1 Cédula de Datos Personales	21
2.5.2 Instrumento de Percepción de Enfermedad	21
2.5.3 Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes	22
2.5.4 Medición de Glicemia Capilar	22
2.5.5 Medidas Antropométricas	23
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	23
2.7 Ética del Estudio	24
2.8 Plan de Análisis del Estudio	25
2.9 Variables del Estudio	26
2.9.1 Características de la Variable	26
Capítulo III	27
Resultados	27
Capítulo IV	35
Discusión	35
Conclusión	38
Limitaciones del Estudio	38
Referencias	39
Apéndices	
Apéndice A. Consentimiento informado	46
Apéndice B. Cédula de factores personales biológicos y sociodemográficos de las personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 2	48
Apéndice C. Cuestionario de Percepción de la Enfermedad	49
Apéndice D. Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos,	51
IMEVID	
Apéndice E. Datos descriptivos del Instrumento de Percepción de Enfermedad	53
Apéndice F. Datos descriptivos del Instrumento de Estilo de Vida	58

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Características de la variable	26
Tabla 2. Factores personales biológicos de las personas con DT2	28
Tabla 3. Factores personales socioculturales de las personas con DT2	30
Tabla 4. Coeficientes de confiabilidad de los Instrumentos	30
Tabla 5. Coeficiente de correlación de Pearson para las variables Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida	34
Tabla 6. Coeficiente de correlación de Pearson para las variables Percepción de Enfermedad y Tiempo de Diagnóstico de DT2 en años	34
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría A) Temporalidad	53
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría B) Cronología Clínica	54
Tabla 9. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría C) Consecuencias	54
Tabla 10. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría D) Control personal	55

Tabla 11. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría E) Control del tratamiento	56
Tabla 12. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes Tipo 2, categoría E) Coherencia de la enfermedad	56
Tabla 13. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría E) Representaciones emocionales	57
Tabla 14. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida dominio nutricional	58
Tabla 15. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida dominio de actividad física	59
Tabla 16. Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida dominio consumo de cigarrillos de tabaco	59
Tabla 17. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida dominio consumo de alcohol	60
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida dominio información sobre diabetes	60
Tabla 19. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida dominio control de emociones	61

Tabla 20. Frecuencias y porcentajes del instrumento de Estilo de Vida
dominio de cumplimiento del tratamiento

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud	7
Figura 2. Ubicación del problema de estudio en el modelo	8

Resumen

Nombre Alexis Contreras Gil	Número de páginas: 73
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla	Área de Estudio: Enfermería Comunitaria
Facultad de Enfermería	Fecha de Graduación: 5 de marzo 2021
Título: Percepción de Enfermedad y Estilo de en Personas con Diabetes Tipo 2	Candidato para Obtener el Grado de Licenciado en Enfermería

Introducción: La Diabetes Tipo 2 puede ocasionar complicaciones micro y macrovasculares que originan pérdida de años de vida saludable como se ha suscitado en los últimos años al incrementar la morbilidad y mortalidad. Sin embargo cambios en el estilo de vida acompañados de un régimen terapéutico, pueden retrasar o disminuir la aparición de complicaciones. **Objetivo:** Conocer la relación que existe entre la percepción de la enfermedad y el estilo de vida (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento) de las personas con DT2. **Metodología:** Diseño descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 100 adultos y adultos mayores de un rango de edad entre 25 a 65 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra se obtuvo mediante un análisis de potencia. Se aplicaron dos instrumentos de medición, una cédula de datos personales, el instrumento Percepción de Enfermedad y el de Estilo de Vida en Personas con Diabetes, se tomó peso, talla, IMC y glicemia capilar. **Resultados:** la edad promedio de la muestra fue 41.48, el 51% pertenecen al sexo femenino, la media de años a partir del diagnóstico médicos fue de 2.64 años. La percepción de enfermedad y el estilo de vida no mostraron relación significativa. **Conclusiones:** la falta de relación entre la percepción de enfermedad y el estilo de vida, puede ser multifactorial, como la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de estudio y años a partir del diagnóstico médico.

Palabras clave. Diabetes Tipo 2, estilo de vida, percepción de enfermedad y estilo de vida.

Firma del director de tesis: _____

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Diabetes Tipo 2 (DT2), es una enfermedad crónica no transmisible, que en su etapa inicial no causa sintomatología, sin embargo, de no seguirse tratamiento farmacológico y no farmacológico, la hiperglicemia crónica ocasiona complicaciones micro y macrovasculares que originan pérdida de años de vida saludable (Moreno, García, Soto, Capraro y Limón, 2014).

Este problema de salud incrementa de manera alarmante, la proyección de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), estima que para el año 2030 ocupará la séptima causa de mortalidad. Asimismo la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2017), refiere que existen 327 millones de personas con diabetes en el mundo; con un rango de edad de entre 20 a 59 años; mientras que en América Latina se reportaron 62,8 millones de casos tan solo en 2016 de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016).

En México, la diabetes ocupa el sexto lugar a nivel mundial tanto en hombres como en mujeres. Al respecto, la tasa de morbilidad muestra una tendencia ascendente; dato mencionado por a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2016, refiriendo un aumento del .2 % respecto al 2012.

La DT2 se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad, el sobrepeso, la inactividad física, dieta con alto contenido calórico y de bajo valor

nutricional y factores no modificables como el antecedente familiar. Las complicaciones asociadas con la DT2, incluyen la retinopatía, neuropatía, nefropatía, enfermedad arterial periférica, enfermedad coronaria y pie diabético. Sin embargo cambios en el estilo de vida acompañados de un régimen terapéutico adecuado, pueden retrasar o disminuir la aparición de complicaciones (ENSANUT, 2016).

De acuerdo con la OMS en 1998, el estilo de vida lo define como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”. El estilo de vida puede ser definido como el modo de vida que sigue una persona, incluyendo comportamientos que se definen por la cultura y el contexto social en el que encuentran influenciados. Los estilos de vida deben permitir a la persona desarrollarse adecuadamente en los aspectos físicos, sociales, psicoemocionales y espirituales, así como a su vez permitir alcanzar un estado de buen gozo en salud (Salas, 2015).

La percepción de enfermedad, se refiere a las ideas sobre la naturaleza de su condición, causas probables, la duración del problema de salud, clasificándolo como: agudo, de corta duración, crónico, cíclico o episódico. Además de las creencias sobre la gravedad y el impacto en el funcionamiento físico, social y psicológico aunado a la curación donde la persona cree que su condición es susceptible de cura o control por medio del tratamiento farmacológico y no farmacológico, teniendo un papel determinante en la vida de las personas con DT2 (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996).

Los estudios realizados en personas con DT2, mostraron que variables como: la escolaridad, el tiempo de evolución de la enfermedad, nivel socioeconómico bajo, influyen en la adopción de estilos de vida saludables (Amomouri, Abu, Natarajan y D'Souza, 2017; Feltri, et al, 2015; Hashimoto, et al, 2019; Martínez, Castillo y Antonio, 2012; Milka, Dominguez, Sosa y Flores, 2016). Sin embargo hasta el momento la revisión de la literatura mostró un vacío en el conocimiento de la relación que existe entre la percepción de la enfermedad y el estilo de vida de la persona con DT2.

Este problema de salud compete a enfermería como disciplina profesional, ante el compromiso de contribuir con acciones específicas para a estilos de vida saludables en las personas con DT2, con el interés de disminuir o retrasar las complicaciones asociadas a este padecimiento. El estudio de Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida de la Persona con DT2, se abordó con el Modelo de Promoción a la Salud (MPS) de Pender, Murdaugh y Parson, (2015), que constituye la base teórica para explorar el comportamiento de las variables que explican y predicen el estilo de vida, con el fin de comprender cómo las personas con DT2, toman decisiones para el cuidado de su salud.

Respecto al fenómeno de estudio de Percepción de Enfermedad y el Estilo de Vida de la Persona con DT2, se han realizado estudios que mostraron que variables como la edad, la escolaridad, la autoeficacia, el nivel socioeconómico bajo, años de padecer diabetes y la economía precaria, influyen como barreras para la incorporación de estilos de vida saludables (Amomouri, Abu, Natarajan y D'Souza, 2017; Feltri, et al, 2015; Hashimoto, et al, 2019; Martínez, Castillo y Antonio, 2012; Milka, Dominguez, Sosa y Flores, 2016). En relación a la percepción de la enfermedad en personas con DT2, los estudios refieren que las personas al recibir el diagnóstico de la enfermedad,

muestran reacciones de angustia, estrés, tristeza, ansiedad, llanto fácil y preocupación (Domínguez, 2014), sin embargo hasta el momento la revisión de los estudios realizados por enfermería no refirieron si estas reacciones derivadas de la percepción de la enfermedad se relacionan con la adopción de estilos de vida saludables en las personas con DT2, por lo cual para este estudio se establece la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la percepción de enfermedad y el estilo de vida en personas con Diabetes Tipo 2?

1.2 Marco Teórico

El presente estudio se sustentó bajo el Modelo de Promoción a la Salud (MPS) de Pender, Mordough y Parsons (2015), el cual integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, a partir de la exploración de los procesos biopsicosociales complejos, que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud.

El MPS está inspirado en dos sustentos teóricos 1) Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura, actualmente denominada Teoría Cognitiva Social y 2) El Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather (Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011).

El MPS se integra por tres constructos: a) características y experiencias individuales que integra las variables, conducta previa relacionada y factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), B) Cogniciones y afectos específicos de la conducta, incluye los beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas para la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales e influencias situacionales; C) Resultado conductual, abarcan las

demandas y preferencias, compromiso con un plan de acción y conducta promotora de salud, (figura 1) (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

El primer constructo comprende la conducta previa relacionada, que evoca las experiencias similares en el pasado por haber escuchado u observado la conducta dada; los factores personales que influyen directamente en las cogniciones y afectos específicos de la conducta directa o indirectamente en la conducta promotora de salud. Sin embargo, sólo algunos factores personales pueden ser modificados por intervenciones de enfermería (peso e índice de masa corporal) y otros no (escolaridad, el estado civil, la edad y el sexo) (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

El segundo constructo es el punto central de las intervenciones de enfermería; por contener en sus conceptos variables modificables y de importancia motivacional, los beneficios percibidos de la acción son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzadoras de la conducta; las barreras percibidas para la acción pueden ser reales o imaginarias y son percepciones respecto a la no disponibilidad, inconveniencia, al gasto y a la dificultad o tiempo consumido en una actividad. La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad personal para llevar a cabo un curso particular de acción, el afecto relacionado a la actividad se establece en la asociación subjetiva de una conducta determinada a sentimientos positivos o negativos que influyen directamente para llevar a cabo tal conducta. Las influencias interpersonales contienen variables como: familia, semejantes, proveedores, normas, apoyo y modelos, influencias situacionales. Son percepciones que tiene la persona sobre la situación o contexto para llevar a cabo la conducta saludable incluye percepciones de opciones para realizar una conducta, demanda de la conducta, características de las demanda y estética (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

El tercer constructo comprende tres conceptos: el compromiso con un plan de acción es la intención de iniciar una conducta y mantenerla para lograr convertirla en parte esencial del propio cuidado de la salud, demandas y preferencias inmediatas, son conductas alternativas que distraen la atención de la persona antes de que ocurra la conducta planeada, las demandas y preferencias pueden afectar la probabilidad de que ocurra la conducta de salud; la conducta promotora de salud, es el concepto final o resultado de la acción del MPS, está dirigida al logro de resultados de salud positivos para la persona (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015).

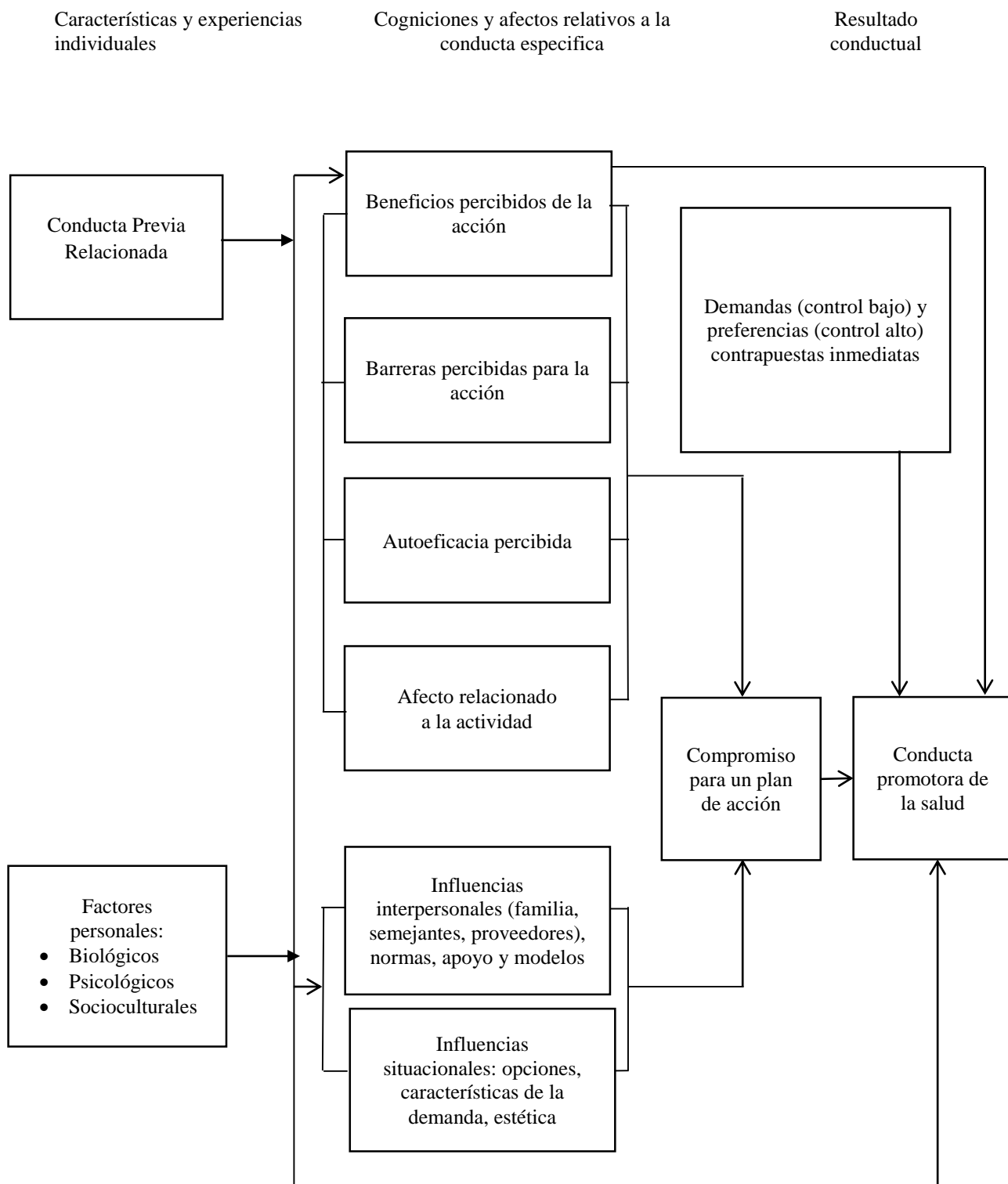


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, Murdaugh y Persons, 2015).

1.2.1 Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo.

Para esta investigación se retomaron algunos conceptos del MPS de los factores personales biológico se consideraron edad, sexo, glucemia capilar, peso, talla, IMC y años de padecer la enfermedad de las personas con DT2, del factor personal psicológico, se retomó la percepción de enfermedad y como parte del factor personal sociocultural, la escolaridad y el estado marital, además, la conducta promotora de salud fue el estilo de vida en persona con DT2. (Figura 2)

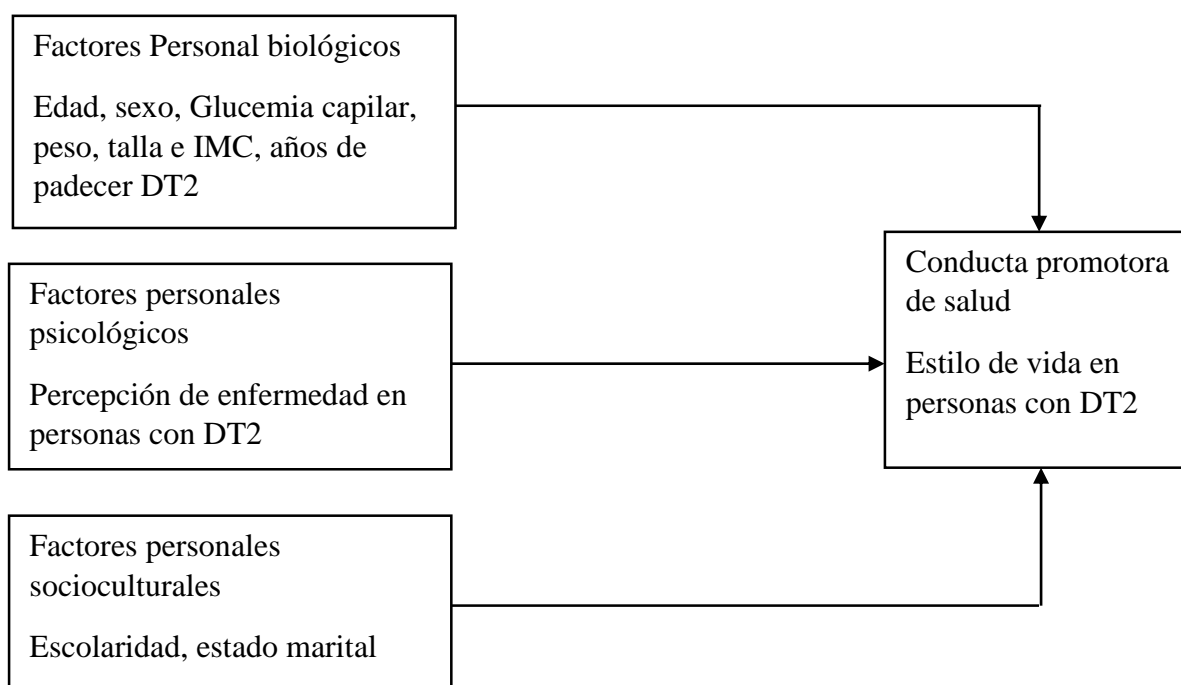


Figura 2. Ubicación del problema de estudio en el modelo (Morales y Contreras, 2019).

1.3 Definición de Términos

1.3.1 Definición Conceptual de Términos.

La definición de términos para este estudio se construyó de acuerdo a los conceptos teóricos del Modelo de Promoción a la Salud de J. Pender, Mordough y Parsons, (2015), seleccionados para la investigación y vinculado con las variables que al respecto refiere la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Edad: Años de la persona con DT2 de su nacimiento a la fecha actual.

Sexo: Es la entidad biológica que caracteriza al hombre como masculino y la mujer como femenina referida por la persona con DT2 (Secretaría de Gobernación, 2016).

Años formales de escolaridad: Total de años cursados por una persona en un centro educativo y manifestados por la persona con DT2 (Ramírez, Cortés y Galicia, 2016).

Tiempo de diagnóstico en años: Se entendió como la cantidad de años que tiene la persona a partir de la cual fue diagnosticada DT2.

Estado marital: Se consideró a la persona con DT2, señale vivir con pareja o no (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

Ocupación: Actividad o trabajo a la que se dedica primordialmente la persona con DT2 que trae consigo un beneficio económico, dentro de las cuales se incluye también las labores del hogar (Gómez y Jiménez, 2015).

Índice de Masa Corporal (IMC): Indicador antropométrico del estado nutricional, que se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre su talla en metros cuadrados (kg/m^2). Permite determinar peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Peso corporal: Fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Talla: Tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los talones, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Glucemia capilar: hace referencia a la técnica utilizada por medio de una punción percutánea, con fin de medir la glucosa en sangre; el valor de la glicemia capilar debe oscilar entre 70-110 mg/dl de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Percepción de la enfermedad: Son las ideas, creencias, pensamientos, sobre la temporalidad, consecuencias, control y curación de la persona que padece DT2 (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996).

Estilo de vida: Actividades que realiza la persona con DT2 tales como la actividad física, tipo de alimentación, frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y tabaco, las cuales se llevan en conjunto con una correcta adherencia terapéutica y así evitar estilos de vida no saludables (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Diabetes Tipo 2: Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

1.3.2. Definición Operacional de Términos.

Percepción de la enfermedad: hace referencia a la representación mental, ideas creencias y conocimientos acerca de la Diabetes Tipo 2, el cual se midió por medio del instrumento de Percepción de Enfermedad (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996).

Estilo de vida: Comportamientos identificables encaminados a mantener la salud, que se determinan por la interacción del individuo ante el entorno. Se midió por medio del Instrumento de Medición del Estilo de Vida en Personas con Diabetes (IMEVID) (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Las variables que corresponden al factor personal biológico se indagaron por medio de la cédula de datos personales, la cual contiene:

Edad: como los años cumplidos del nacimiento a la fecha por la persona con DT2, categorizados por rangos de 10 años.

Sexo: características que diferencian a las personas con DT2 como hombre o mujer.

Años formales de escolaridad: cantidad de años totales percibidos por la persona con DT2, dentro de una escolaridad formal (Ramírez, Cortés y Galicia, 2016).

Tiempo de diagnóstico en años: Es la cantidad de años transcurridos a partir del diagnóstico médico de DT2, categorizada en rangos de 3 años (Morales, 2018).

Estado marital: se refirió a la situación de contar o no con pareja, mencionada por la persona con DT2 (Federación Mexicana de Diabetes, 2015).

Ocupación: son las actividades que realiza la persona con DT2, como: empleado, obrero, agricultor, ama de casa, comerciante o profesionista (Gómez y Jiménez, 2015).

IMC: peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (Kg/m^2): $\text{IMC} > 18.5$ y < 24.9 , peso normal; $\text{IMC} > 25$ y < 29.9 , sobrepeso; $\text{IMC} > 30$ obesidad, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Peso corporal: de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, es la cantidad de masa en el cuerpo de la persona con DT2 medida en kilogramos, categorizándola en rangos de 10kg.

Talla: medición expresada en cm de la persona con DT2 tomada de los talones a la nuca, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, el cual fue representado con un rango de 10cm en 10cm.

Glucemia capilar: medición de glucosa mediante una punción percutánea, que se realizó mediante un glucómetro y tiras Trueresult® colocando valor de la glicemia capilar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la

prevención, tratamiento y control de la diabetes, además de asignarle rangos de 40, para mejor categorización.

1.4 Estudios Relacionados

1.4.1 Percepción de Enfermedad.

Hashimoto et al. (2019) en un estudio descriptivo y correlacional, con una muestra de 157 pacientes con DT2 analizaron la relación entre la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y su adherencia al medicamento, mediante un análisis de regresión múltiple, identificaron que los factores determinantes de la adherencia a la medicación, fue la edad con una $M=65.8$ años (IQR, 63.5–77.0) compuesta por el 69,2% de hombres, el IMC medio de los pacientes fue de 24.0. La mediana de la duración de la diabetes era 11 años, (IQR, 5–23.5), la hemoglobina glucosilada de 7 (IQR, 6.5–7.6) y la medicación de 5 con un (IQR, 3–7). La relación entre la percepción de enfermedad, tiempo de diagnóstico y conocimiento de la enfermedad, $R^2=192$ $p= .005$. Los tres factores relacionados a la adherencia a la medicación indica la capacidad para realizar conductas de cuidado.

Indrayana, Guo, Lin y Fang (2019) realizaron un estudio transversal con 200 personas con DT2, para analizar la percepción de la enfermedad como predictor del comportamiento del cuidado de los pies, con el Cuestionario de Conocimiento del Cuidado de los Pies, Percepción de Enfermedad Breve, Creencias Locales y Comportamiento de Autocuidado del Pie. Obteniendo que los predictores del cuidado de los pies fueron: tener un familiar o amigo con úlcera del pie diabético ($p = .001$), duración de la diabetes mellitus ($p = .026$), conocimiento del cuidado de los pies ($p<.001$), consecuencias ($p <.001$), control de tratamiento ($p <.001$) y creencias locales ($p=.017$).

Ammouri, Raddaha y Natarajan (2017) en un estudio correlacional con 160 adultos, analizaron los comportamientos de salud entre personas con Diabetes Tipo 2. Los hallazgos mostraron que los participantes con alto nivel educativo ($F = 2.884$, $p = .01$) y con mayor ingresos ($F = 5.917$, $p = .02$) tuvieron menor percepción del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, mientras que los participantes con bajos ingresos, bajo nivel de educación, diagnóstico menor de 5 años evidenciaron mayor percepción de desarrollar la enfermedad, lo que se asoció significativamente.

Feltri, et al. (2015) en un estudio comparativo con 218 personas con DT2 e Hipertensión arterial, compararon la relación en el nivel socio económico, escolaridad y sitio de atención; público o privado. Los resultados mostraron que el 58.7% de los sujetos padecen DT2 y 41.3% Hipertensión. El 38.5% contaba con nivel secundario y un ingreso de \$4000 mensuales. Del total de los pacientes 26.1% cree que el médico le va a curar la enfermedad. El 58.7% reconoce que tiene Diabetes o Hipertensión cuando los valores están por arriba de las referencias normales. La comparación entre los grupos de menor ingreso económico mostró diferencia significativa en relación a la percepción de tener diabetes o hipertensión arterial ($p=0,006$). Mostrando que los pacientes con diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial tienen un insuficiente nivel de percepción de la enfermedad.

Al-Ghamdi et al. (2018) en un estudio con 383 personas con DT2, analizaron la percepción de los pacientes con diabetes. La mayoría de los participantes entendieron que lo que condujo a la diabetes fue hereditario, incluida la dieta o los hábitos alimenticios. El 40% de los sujetos mostró conocimiento apropiado de su enfermedad y

estuvieron de acuerdo en que la diabetes probablemente sería permanente y tendría consecuencias importantes en sus vidas.

1.4.2 Estilo de Vida

Maldonado, Arana, Cárdenas y Solano (2019) en su estudio descriptivo, identificaron el estilo de vida de las personas mayores con DT2, con 35 personas mayores que viven con DT2. El instrumento utilizado fue IMEVID, con una media de edad de 72.3 años y M= 13.02 de tiempo de diagnóstico. Los resultados mostraron que un 65.7 % como saludable, 28.6% muy saludable y 5.7% poco saludable. Se concluye que los AM que viven con DT2 refirieron conductas que clasifican el estilo de vida como saludable y muy saludable, no obstante, tienen factores de riesgo y características definitorias muy particulares que requieren que el cuidado de enfermería sea individual y específico, en comparación con el resto de las personas que viven con DT2.

Domínguez, Milka, Sosa y Flores (2016) en su estudio descriptivo, con 50 personas diagnosticadas con DT2, examinaron el conocimiento y práctica de estilos de vida, mostrando que el 60.71% presentaron buen nivel de conocimiento sobre su enfermedad; mientras que solo el 71.42% reflejaron un buen estilo de vida, 60% de pacientes con conocimiento malo presentaron estilos de vida negativos.

Cruz, Yañez, Sánchez y Villegas (2016) en un estudio descriptivo con 40 personas diagnosticadas con DT2, exploraron los estilos de vida, mediante el Cuestionario para Medir el Estilo de Vida de las Personas con Diabetes Tipo 2 (IMEVID), reportando que los dominios afectados fueron el nivel de información sobre diabetes y actividad física con un porcentaje del 78% y 60% respectivamente, calificándose como no saludable, el 80% de la muestra presentó un estilo de vida poco favorable.

Cantú (2014) describió el estilo de vida en 65 pacientes con Diabetes Tipo 2 mediante el instrumento IMEVID, el 47 por ciento de la muestra correspondió al sexo femenino, la edad de los sujetos estuvo comprendida entre los 40 y 59 años; el 29.23% de la muestra consideraba tener un “buen estilo de vida”, porcentaje que correspondió a una clasificación “saludable”, los puntajes obtenidos variaron entre 34 y 82 puntos, con un promedio de 64, lo cual indica que la población estudiada cuenta con un estilo de vida “moderadamente saludable”.

1.5 Objetivo General

Conocer la relación que existe entre la Percepción de la Enfermedad y el Estilo de Vida (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento) de las Personas con DT2.

1.5.1 Objetivos Específicos.

1. Describir factores personales biológicos de las de las personas con Diabetes Tipo 2.
2. Describir los factores personales socioculturales en personas con Diabetes Tipo 2.
3. Describir la percepción de enfermedad en personas con Diabetes Tipo 2.
4. Describir el estilo de vida en personas con Diabetes Tipo 2.
5. Describir la relación entre la percepción de enfermedad y el estilo de vida de las persona con Diabetes Tipo 2.
6. Describir la relación entre el tiempo de diagnóstico y la percepción de enfermedad de las persona con Diabetes Tipo 2.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describió el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, criterio de selección (inclusión, exclusión y eliminación), descripción de los instrumentos, procedimiento, ética del estudio y plan de análisis.

2.1 Diseño del Estudio

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se utilizó un diseño de tipo descriptivo, correlacional y transversal, ya que se hizo con base en la medición numérica y análisis estadístico, con la finalidad de especificar las propiedades importantes del fenómeno en estudio, sin manipulación de variables, el cual fue medido en un único momento, específicamente en hechos del presente, se considera correlacional porque se determinó la relación que existe entre las variables de percepción de enfermedad con estilo de vida y percepción de enfermedad con tiempo de diagnóstico en años de personas con DT2 (Polit y Tatano, 2018).

2.2 Población

La población de interés estuvo conformada por adultos y adultos mayores con Diabetes Tipo 2, de un rango de edad de 25 a 65 años que acuden a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) de centros de salud del estado de Puebla, pertenecientes a la jurisdicción número 6.

2.3. Muestreo y Muestra

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, calculada con la fórmula de análisis de potencia, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5% con un total de 100 personas con DT2. La muestra fue recolectada durante el mes de diciembre del 2019, en tres Centros de Salud del Estado de Puebla, pertenecientes a la Jurisdicción no. 6.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión.

Hombres y mujeres adultos y adultos mayores, con diagnóstico de DT2, pertenecientes al grupo GAM de tres centros de salud al cual acuden a consulta.

2.4.2 Criterios de Exclusión.

Personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 1, con deterioro cognitivo, auditivo, motor o sin disponibilidad de colaboración.

2.4.3 Criterios de Eliminación.

Aquellos instrumentos que no se encontraran correctamente requisitados así como que no tuvieran la firma del consentimiento informado. Las personas que llegaron a presentar algún malestar físico que pueda alterar su respuesta y comprometa la información que se requiere para los fines de la investigación o consideren no seguir participando en el estudio.

2.5 Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se utilizó una Cédula de Datos Personales, el Instrumento de Percepción de Enfermedad (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996) y el Instrumento de Medición del Estilo de Vida en Personas con Diabetes (IMEVID) (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003) los cuales se describen a continuación.

2.5.1. Cédula de Datos Personales.

Estuvo integrada por dos apartados, en el primero se abordaron datos personales, edad, sexo, años formales de escolaridad, estado marital y ocupación. El segundo apartado registra el resultado de la glicemia capilar peso, talla e IMC y tiempo de diagnóstico. (Apéndice B).

2.5.2. Instrumento de Percepción de la Enfermedad.

El Instrumento de Percepción de la Enfermedad fue elaborado por Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996), está constituido por 3 ítems con escala de respuesta tipo Likert, que va de 5= muy en desacuerdo a 1 = muy de acuerdo. Tiene como objetivo valorar: a) temporalidad (reactivos 1-5), b) la cronología clínica (28-31), c) las consecuencias (6-10), d) el control personal (11-17), e) el control del tratamiento (18-22) f) la coherencia de la enfermedad (23-27) y g) las representaciones emocionales (32-36), la confiabilidad general del instrumento es de .81. El puntaje oscila entre 36 y 180 puntos, a mayor puntaje la percepción es más congruente y positiva de la enfermedad. (Apéndice C).

2.5.3. Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes.

Se utilizó el Instrumento de medición del estilo de vida en personas con diabetes (IMEVID). Este instrumento tiene como propósito medir el estilo de vida en personas con diabetes. Fue elaborado por López, Ariza, Rodríguez y Munguía (2003).

Está constituido por 25 reactivos, distribuidas en 7 dominios: nutrición (reactivos 1-9), actividad física (10-12), consumo de tabaco (13-14), consumo de alcohol (15-16), información sobre diabetes (17-18), manejo de emociones (19-21) y cumplimiento del tratamiento (22-25). Cada reactivo presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4 puntos, donde 4 corresponde al valor máximo de la conducta deseable, 2 es conducta regular y 0 conducta indeseable. La puntuación total va de 0 a 100 correspondiendo al índice, sus puntos de corte son: menor al 60 corresponde a mal estilo de vida, de 61-75% regular estilo de vida y mayor del 76% estilo de vida favorable. El instrumento cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.81 y el coeficiente de test-retest de 0.84. (Apéndice D).

2.5.4. Medición de Glicemia Capilar.

A través de una punción cutánea, se obtuvo una pequeña muestra de sangre con el fin de determinar el nivel de glucosa en sangre. Para esta determinación se utilizó un glucómetro Trueresult®, tiras reactivas, lancetas para lápiz de la misma marca y torundas alcoholadas. Los resultados de esta prueba se clasificaron de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM- 015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. La muestra será recolectada por el investigador principal, con el participante en ayuno.

2.5.5 Medidas Antropométricas.

El peso y la talla se midieron con el paciente de pie y con el uso de una báscula con estadiómetro BAME® de 160 kg. La medición de circunferencia abdominal se realizó con la cinta métrica, marca BMX en el punto medio entre la parte inferior de las últimas costillas y parte superior de las crestas ilíacas, para el manejo integral de la obesidad.

2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Para la recolección de la información el proyecto fue presentado ante el Comité Revisor de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Una vez obtenida la aprobación se solicitó la autorización en tres Centros de Salud del Estado de Puebla para la recolección de la información en los Grupos de Ayuda Mutua que pertenecen a la jurisdicción 6 del municipio de Puebla, se localizaron a los participantes que integraron el estudio, tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Se dio a conocer a los participantes el objetivo del estudio, al igual se entregó el consentimiento informado (Apéndice A) enfatizando los riesgos y beneficios, así como la importancia de su participación y como esta, es voluntaria, además de la libertad y autonomía que tiene de retirarse del estudio cuando lo decida sin que esto lo pudiese perjudicar en algún aspecto haciendo de su conocimiento que los datos obtenidos se manejarán de manera totalmente confidencial y anónima; de igual forma se explicó la importancia que tiene responder los reactivos de la manera más transparente y sincera posible.

Los instrumentos fueron aplicados en forma de entrevista donde cada sujeto llenó la cédula de datos (Apéndice B), Instrumento de Percepción de Enfermedad (Apéndice C) y el instrumento IMEVID (Apéndice D). El tiempo estimado para el procedimiento de recolección de datos fue de 30 minutos. Por último, se agradeció a los pacientes por su colaboración en el estudio, explicando que la responsabilidad del estudio recae en el investigador, sin conflicto de interés de ningún tipo explicando que la información recabada permanecerá resguardada por el mismo para su análisis.

2.7 Ética del Estudio

Este estudio de investigación se sustentó en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud (SS, 1987; actualización agosto del 2014), encaminada a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología e investigación mexicana en los servicios de salud e incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha ley, que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, con apego a los siguientes artículos 13, 14, 16, 17 y 21.

Para el cumplimiento del artículo 13, que establece que en cualquier estudio en seres humanos debe prevalecer el respeto a la dignidad y protección de los derechos, se respetó la dignidad de la persona llamándola por su nombre.

Acorde al artículo 14.-Fracción VII y VII, el estudio contó con el dictamen favorable del comité revisor de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, la recolección de la información la realizó el investigador debidamente entrenado.

Se protegió la privacidad del participante de investigación, tal como lo señala el artículo 16, fracción VII, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice, se solicitó la firma de consentimiento informado, mismo que se dio a conocer a los participantes desde el primer contacto, tal como lo marca el artículo 20.

De acuerdo con el artículo 17 esta investigación se considera de riesgo mínimo dado que solo se aplicaron cuestionarios y una toma de muestra de sangre capilar con un mínimo riesgo de infección.

2.8 Plan de Análisis del Estudio

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos será determinada a través del Coeficiente de Alfa de Cronbach, para determinar la normalidad de las variables, se realizó, la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y de acuerdo a los resultados obtenidos se realizó un análisis inferencial. Se utilizó la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

2.9 Variables de Estudio

2.9.1 Características de la Variable.

Tabla 1.

Características de la variable.

Variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Escala de medición	Prueba estadística
Percepción de enfermedad	Cuantitativa	Nominal	5.Muy en desacuerdo 4.No estoy de acuerdo 3.ni de acuerdo ni en desacuerdo 2.de acuerdo 1. muy de acuerdo	Frecuencias y porcentajes Pearson o Spearman
Estilo de vida	Cuantitativa	Nominal	4 conducta estable 2 es conducta regular 0 conducta indeseable	Frecuencias y porcentajes Pearson o Spearman
Tiempo de padecer la enfermedad en años	Cuantitativa	Nominal	1. 1-5 2. 6-10 3. 11-15 4. 16-20 5. 21- más	Frecuencias, porcentajes medidas de tendencia central y de dispersión

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida en Personas con Diabetes Tipo 2. Se presenta la descripción de las variables de la muestra del estudio.

La muestra estuvo conformada por 100 personas pertenecientes al Grupo de Ayuda Mutua de algún centro de salud del estado de Puebla, referente a la jurisdicción número 6, con un rango de edad entre 25 a 65 años. El 100% de los participantes contestó por completo la cédula de datos personales, el instrumento de Percepción de Enfermedad y el instrumento IMEVID.

Para dar respuesta al objetivo uno y dos, referentes a describir los factores personales biológicos y personales socioculturales de las personas con Diabetes Tipo 2 se obtuvieron frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar, utilizando un análisis descriptivo de los datos.

Dentro de los factores personales biológicos se identificó que el 68% corresponde a un rango de edad entre 31 a 50 años ($M=41.48$ $DE=9.69$), siendo el 51% hombres y el 49% mujeres. El peso con mayor prevalencia fue en un rango de 71 a 80 kg con un 28% ($M=74.77$ $DE=14.50$), el 39% correspondiente a la talla se identificó en un rango de 151-160 ($M=160$ $DE=8.66$), el IMC mostró un 41% en los rangos de 18.5-24.9 (preobesidad) ($M=28.98$ $DE=4.91$). Además se mostró un 37% en los rangos de 181-220 de niveles de glucemia capilar ($M=261.11$ $DE=105.83$) y los años a partir del diagnóstico médicos obtuvo que el 59% corresponden al rango de 1 a 3 años ($M=2.64$ ($DE=1.37$)). (Tabla 2)

Tabla 2

*Factores personales biológicos de las personas con DT2.*Nota: f = frecuencia, % = porcentaje. $n = 100$

Variable	f	%
Edad		
20-30	16	16
31-40	34	34
41-50	34	34
51-60	12	12
61-65	4	4
Sexo		
Hombre	51	51
Mujer	49	49
Peso		
50-60	19	19
61-70	18	18
71-80	28	28
81-90	22	22
91-110	13	13
Talla		
140-150	15	15
151-160	39	39
161-170	37	37
171-180	8	8
181-190	1	1
IMC		
<18.5	2	2
18.5-24.9	19	19
25-29.9	41	41
30-34.9	24	24
35-39.9	12	12
≥ 40	2	2
Glucemia capilar		
100-140	26	26
141-180	26	26
181-220	37	37
221-260	13	13
Más de 300	11	11

(Continua)

Tiempo de Diagnóstico en		
Años		
1-3	59	59
4-6	19	19
7-9	21	21
10-13	1	1
Estado marital		
Con pareja	66	66
Sin pareja	34	34
Ocupación		
Empleado	32	32
Obrero	15	15
Agricultor	6	6
Ama de casa	26	26
Comerciante	11	11
Profesionista	10	10

Los factores personales biológicos mostraron que el 45% de las personas se encuentran en un rango de 11 a 15 años de escolaridad ($M=10.75$ $DE=4.12$). Se mostró que el 66% tiene pareja mientras que el 34% se encuentra sin pareja, además que en la ocupación, la mayoría refirió ser empleado con un 32%, seguido de ama de casa con un 26% y tan solo el 6% refirió ser agricultor siendo el dato más bajo (Tabla 3).

Tabla 3

Factores personales socioculturales de las personas con DT2.

Variable	<i>f</i>	%
Escolaridad en años		
0-5	8	8
6-10	34	34
11-15	45	45
16-20	13	13
Estado marital		
Con pareja	66	66
Sin pareja	34	34
Ocupación		
Empleado	32	32
Obrero	15	15
Agricultor	6	6
Ama de casa	26	26
Comerciante	11	11
Profesionista	10	10

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje.

n = 100

Para analizar la consistencia interna de los instrumentos se realizó la prueba de Alfa de Cronbach, de lo cual se obtuvo que los instrumentos presentaron una confiabilidad interna aceptable (Polit y Tatano, 2018) (Tabla 4).

Tabla 4

Coefficientes de confiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Percepción de Enfermedad	36	.76
Estilo de Vida	25	.86

Nota: Consistencia interna Alfa de Cronbach

n=100

Para dar respuesta al objetivo 3 correspondiente a describir la percepción de enfermedad en personas con DT2, se expresa en frecuencias y porcentajes, para lo cual se dividió en 7 categorías.

Categoría uno, temporalidad: los resultados mostraron que un 49%, de la población de estudio está muy en desacuerdo, en que su enfermedad durará poco tiempo. Del mismo modo el 42% indico estar muy en desacuerdo en que su enfermedad sea temporal y no definitiva y tan solo el 16% espera no tener la enfermedad por el resto de su vida, al estar muy de acuerdo (Apéndice E, tabla 7).

Categoría dos, cronología clínica: los resultados mostraron que el 39% refirieron estar de acuerdo en que los síntomas de su enfermedad cambian mucho día con día, además, se evidencia que el 35% de los participantes, mencionan estar de acuerdo en que los ciclos de su enfermedad hacen que mejore o empeore, y el 32% dicen estar de acuerdo en que su enfermedad es muy impredecible (Apéndice E, tabla 8).

Categoría tres, consecuencias: el 46% de la población de estudio hizo referencia a que la enfermedad tiene consecuencias económicas, al encontrarse de acuerdo en la escala de respuesta. Mencionan estar muy de acuerdo en que su enfermedad tiene consecuencias importantes en su vida, refiriendo estar muy en desacuerdo en que su enfermedad no tiene mucho efecto en su vida con un 36% (Apéndice E, Tabla 9).

Categoría cuatro, control personal: el 45% estuvo de acuerdo en que sus acciones pueden determinar si su enfermedad mejora o empeora y están muy de acuerdo en que hay mucho que pueden hacer para controlar su enfermedad (40%) (Apéndice E, Tabla 10).

Categoría cinco, control del tratamiento: el 42% de los participantes se encontraron de acuerdo en que los efectos negativos de su enfermedad pueden contrarrestarse con el tratamiento y que este puede controlar su enfermedad, además se encontró que un 32% no estuvo de acuerdo, en que no hay nada que pueda ayudar a su condición (Apéndice E, Tabla 11).

Categoría seis, coherencia de la enfermedad (Apéndice E, Tabla 12): 37% está muy en desacuerdo respecto a no comprender su enfermedad. El 25% refirieron estar muy de acuerdo en tener una idea clara de lo que representa su condición.

Categoría siete, representaciones emocionales: los resultados arrojaron que la población d estudio, estuvo de acuerdo en que su enfermedad los hace sentir enojados (31%). Sin embargo refieren no estar de acuerdo en que cuando piensan en su enfermedad se enfadan o se sienten ansiosos (32%) (Apéndice E, Tabla 13).

Para dar respuesta al objetivo 4 correspondiente a describir el Estilo de Vida en Personas con Diabetes Tipo 2, se expresa en porcentajes y frecuencias, los cuales se encuentran divididos en 7 dominios.

Dominio uno, nutrición: mostró que el 59% y 52% ingiere verduras y frutas solo algunos días, respectivamente, mientras que el 58 % de las personas consumen pan todos los días de la semana (Apéndice F, Tabla 14).

Dominio dos, actividad física: los resultados arrojaron que tan solo el 33% de los participantes realizan todos los días de la semana al menos 15 minutos de ejercicio y el 45% solo algunos días se mantienen ocupados fuera de sus actividades habituales de trabajo (Apéndice F, tabla 15).

Dominio tres, consumo de cigarrillos de tabaco: refiere la mayoría no fumar (56%), sin embargo solo el 9% refiere fumar diario 6 o más cigarrillos diarios, tan solo el 6% (Apéndice F, tabla 16).

Dominio cuatro, consumo de alcohol: el 46% rara vez lo ingiere, consumiendo de 1 a 2 copas (45%) (Apéndice F, Tabla 17).

Dominio cinco, información sobre diabetes: los resultados arrojaron que la mayoría no ha asistido a pláticas referente a la diabetes (41%), sin embargo el 59%, algunas veces trata de obtener información al respecto (Apéndice F, tabla 18).

Dominio seis, control de emociones: los resultados de la población de estudio mostraron que la mayoría refiere enojarse con facilidad (59%), se siente triste (57%) y pensamientos pesimistas sobre su futuro (57%) (Apéndice F, tabla 19).

Dominio siete, cumplimiento del tratamiento: el 52% algunas veces hace su máximo esfuerzo por mantener controlada su diabetes, sin embargo, el 44% casi nunca olvida tomarse sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina (Apéndice F, tabla 20).

Para dar respuesta al objetivo 5 sobre describir la relación entre la Percepción de Enfermedad y el Estilo de Vida de las Personas con Diabetes Tipo 2, se realizaron las correlaciones entre percepción de enfermedad y estilo de vida, $p = .163$ no obteniendo significancia, esto puede ser resultado de los rangos de edad, que fueron muy amplios, sin embargo da pie a seguir investigando en las mismas áreas en diferentes poblaciones para comparar los resultados (Tabla 5).

Tabla 5

Coefficiente de correlación de Pearson para las variables Percepción de enfermedad y Estilo de vida.

Variable	Percepción de enfermedad	Estilo de vida
Percepción de enfermedad	1	.163
Estilo de vida	.163	1

Nota: Instrumento de Percepción de Enfermedad e Instrumento de Estilo de vida $n = 100$

(valor de $p^{**} p > .05$)

En la tabla 6 podemos observar la relación de las variables percepción de enfermedad y tiempo de diagnóstico de DT2 en años, con lo cual se dio respuesta al objetivo 6. Para lo cual se obtuvo una correlación de $p = -.053$ mostrando que ambas variables no presentan correlación, con un tamaño de efecto pequeño y negativo, pudiendo influir el rango de años, ya que es muy corto.

Tabla 6

Coefficiente de correlación de Pearson para las variables Percepción de Enfermedad y Tiempo de Diagnóstico de DT2 en años.

Variable	Percepción de enfermedad	Tiempo de Diagnostico de DT2 en años
Percepción de enfermedad	1	-.053
Tiempo de Diagnóstico de DT2 en años	-.053	1

Nota: Instrumento de Percepción de Enfermedad e Instrumento de Estilo de vida $n = 100$

(valor de $p^{**} p < .05$)

Capítulo IV

Discusión

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación que existe entre la Percepción de la Enfermedad y el Estilo de Vida (nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento) de las personas con DT2. En este capítulo se presentan argumentaciones respecto los hallazgos del estudio, en contraste con lo que se reportó en investigaciones similares y previas. Fue un estudio descriptivo y correlacional con 100 personas previamente diagnosticadas con DT2, utilizando el Modelo de Promoción a la Salud (Pender, Murdaugh y Parsons, 2015), con el fin de establecer los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales para determinar la conducta promotora de salud en las personas con DT2.

De acuerdo con los resultados obtenidos respecto a la edad se mostró que la media de edad fue de una $M=41$ años los cuales mostraron similitud con Al-Ghamdi (2018), al obtener una media de 46 años cumplidos, sin embargo Hashimoto, et al (2019) en su estudio mostró diferencia en la edad con una $M=65.8$ años. Los resultados respecto a IMC, se obtuvo una media de 28.98, a diferencia de Hashimoto ya que en su estudio obtuvo $M=24$, mostrando similitud al encontrarse en sobrepeso.

Se mostró que no existe una correlación entre la Percepción de Enfermedad y años de padecer Diabetes Tipo 2, los cuales a comparación del estudio realizado por Hashimoto, et al (2019), el cual si obtuvo una correlación entre las variables de la percepción de enfermedad, tiempo de diagnóstico y conocimiento de la enfermedad. Un

factor determinante fueron los rangos de edad, pues su media fue de una edad más alta, sin embargo al evaluar las categorías inmersas en la investigación, respecto a la percepción de enfermedad obtuvo que existe una baja percepción de enfermedad, al no conocer ni identificar las conductas promotoras de salud con el fin de obtener resultados de la salud positivos, como bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, como lo marca el Modelo de Promoción de la Salud, pudiendo ser debido al factor determinante de la educación. En comparación con Feltri (2015), el cual mostró una pequeña diferencia ya que refiere un nivel insuficiente de percepción de la enfermedad debido a los pocos ingresos económicos el cual fue una variable no evaluada.

Dentro del modelo de promoción a la salud marca las conductas promotoras de salud, para lo cual se toma el estilo de vida, para la expresión de salud positiva, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida cotidiana. En este estudio se obtuvo que la población de estudio tiene un estilo de vida poco saludable, pues se denota en la ingesta de alimentos como pan o tortilla o ingesta excesiva a la cantidad requerida, la poca actividad de ejercicio al día, la falta de conocimiento respecto a la enfermedad o la información no se encuentra a su alcance. Se observó que a mayor edad menos conductas de cuidado el cual está vinculado con el tiempo de diagnóstico. Además de la escolaridad pues a mayor edad y menos escolaridad da como resultado menor percepción de enfermedad, datos alarmantes al comparar con Maldonado, Arana, Cárdenas y Solano (2019), debido a que en su estudio mostró un mayor resultado en estilos de vida saludables, al igual que Cantú (2014) al catalogarles como saludables,

sin embargo Cruz, Yañez y Villegas (2016), evaluando a la población como no saludable y un estilo de vida poco favorable.

Conclusiones

Tomando en cuenta el MPS, mostró que para que una persona tenga una conducta promotora de salud existen factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) que puedan llegar a afectar el resultado de un estilo de vida en personas con diabetes. Uno de los más importantes es la edad y la escolaridad, sin embargo es de gran importancia agregar el nivel socioeconómico, pues influyen el nivel de conocimiento de la enfermedad y por ende la percepción de la misma, aunado a las creencias y estigmas que existen socialmente.

Por ello es importante que se realicen intervenciones de enfermería encaminadas a promover estilos de vida saludables en las personas con DT2, pues así disminuir las complicaciones micro y macro vasculares, y con esto mejorar la calidad de vida de las personas y disminuir los gastos que representa esta enfermedad.

Es de gran relevancia la continuidad de la investigación, acerca de la Percepción de la Enfermedad y Estilo de Vida en Personas con DT2, en la sociedad mexicana, ya que de acuerdo a la zona geográfica donde se encuentre influye la percepción y al mismo tiempo el estilo de vida.

Limitaciones del estudio

Dentro de las limitaciones es la exclusión de personas que no pertenencia a los Grupos de Ayuda Mutua, el nivel educativo de la población ya que al no saber leer y escribir, se perdía parte de la población. Al utilizar un instrumento traducido hace que algunos ítems sean poco entendibles para la población. El tiempo destinado por la población para contestar los cuestionarios hace que se pueda sesgar el resultado.

Referencias

- Ammouri, A., Abu, R., Natarajan, J. y D'Souza, M. (2017). Perceptions of risk of coronary heart disease among people living with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Practice*, 24, 1-7. doi: 10.1111/ijn.12610
- Al-Ghamdi, S., AHMAD, G., Hassan-Ali, A., Bahakim, N., Alomran, S., Alhowikan, W., Almutairi, S., Basalem, T. y Aljuaid, F. (2018). Al Kharj diabetic patients' perception about diabetes mellitus using revised-illness perception questionnaire (IPQ-R). *BMC Fam Pract.* 19, 214-221. doi: 10.1111/ijn.12610.
- Aristizábal, H., Blanco, B., Sánchez, R. y Ostiguín, M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
- Cantú, P.C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 27, 1-14. doi: 10.15517/revenf.v0i27.15996
- Cruz, N. F., Yañez, R. F., Sánchez, H. N., Villegas, J. K. (2016). Estilos de vida en personas con diabetes tipo 2 en la Unidad Médica Rural (UMR) de Sasaltitla. Chicontepec, Ver. *Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa*, 6, 17-23. doi: 10.29057/icsa.v6i11.2702

Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: *Diario Oficial de la Federación*.

Recuperado de

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

Domínguez S., Milka, E., Flores, I., Leydy, K. (2016). *Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con Diabetes Tipo 2 hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional II-2* (Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias de la Salud). Recuperada de

<http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/10>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (31 de octubre 2016).

Informe final de resultados. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.

Espinoza, G.L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Estomatología*, 41 (3), 34-42. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0034-75072004000300009.

Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2019). Diabetes en México. Recuperado de

<http://fmdiabetes.org/diabetes-en-mexico>.

Federación Mexicana de Diabetes, A.C. (2015). Sexualidad y Diabetes. Recuperado de:

<http://fmdiabetes.org/sexualidad-y-diabetes-es-posible-tener-una-vida-sexual-normal-viviendo-con-diabetes/>

Feltri, A., Ventura, C., Gallucci, E., Quiroga, J., Allevato, J., Bavio, E., Mansilla F., Olavegogeoascoechea, P. (2015). Percepción de enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial. *Revista Federal Argentina de Cardiología*, 44, 164-159. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/282575820>

Gómez, U. y Jiménez, F. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Revista Latinoamericana*, 14, 377-396. doi: 10.4067/S0718-65682015000100018.

Hashimoto, K., Urata, K., Yoshida, A., Horiuchi, R., Yamaaki, N., Yahi, K. y Arai, A. (2019). The relationship between patients' perception of type 2 diabetes and medication adherence: a cross-sectional study in Japan. *J Pharm Health Care Sci*, 5, 1-14. doi: 10.1186/s40780-019-0132-8.

Indrayana, S, Guo, S., Lin, C., Fang, S. (2019). Illness Perception as a Predictor of Foot Care Behavior Among People With Type 2 Diabetes Mellitus in Indonesia. *Journal of Transcultural Nursing*, 30,17-25. doi: 10.1177/1043659618772347

International Diabetes Federation, (2015). Diabetes Atlas de la FID, (7) 40-43.

Recuperado de

https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2017_SP_WEB_oct2016.pdf.

International Diabetes Federation, (2017). Diabetes Atlas de la FID, (8) 40-43, Versiono Online. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/atlas-idf-2017/>.

López, J., Ariza, C., Rodríguez, J. y Munguía, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Salud pública de México*. 45(4), 259-268. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2003.v45n4/259-267>

Medina L. O., Delia, D. A., Barrientos G. E., Peña M.D. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. *Scielo*, 27 (2), 13-18. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a02.pdf>

Maldonado, G., Arana, B., Cárdenas, L. y Solano, C. (2019). Estilo de vida de ancianos que viven con diabetes y caracterización de diagnósticos de enfermería. *Texto & Contexto ENFERMAGEM*, 28, 1-12. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0552

Morales, N. (2018). *Percepción de la Enfermedad y Estilo de Vida en Personas con Diagnóstico Reciente de Diabetes Tipo 2* (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/17039/1/1080240453.pdf>

Moreno, A., García, G., Soto, E., Capraro y Limón C. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114-123. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/271005234_Epidemiologia_y_determinantes_sociales_asociados_a_la_obesidad_y_la_diabetes_tipo_2_en_Mexico

Salas, J. (2015). Estilos de Vida Saludables: Un Derecho Fundamental en la Vida del Ser Humano. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 26, 37-51. doi: 10.15359/rldh.26-2.2

Secretaria de Salud. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074yfecha=23/11/2010.

Secretaria de Salud. (2017). NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105yfecha=18/05/2018#:~:text=%2D%20La%20entrada%20en%20vigor%20de,3%20de%20abril%20de%202018.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=7DF04D15F049F558B7D12E0612B0C367?sequence=1.

- Organización Mundial de la Salud, (2019) *Informa Sobre Diabetes*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud, (2018) *Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-222042/es/>.
- Organización Panamericana de Salud, (2016). *Diabetes: una enfermedad que aumenta en las Américas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=6182:2011-diabetes-disease-on-rise-americasyItemid=135ylang=es.
- Pender, N., Murdaugh C.,y Parsons M.(2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston, Massachusetts: MA: Pearson.
- Polít, B. y Tatano, B. (2018) *Investigación en las ciencias de la salud*. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health
- Raille, M. y Marriner, A. (2011). *Modelo de promoción de salud, En Modelos y Teorías en Enfermería*, (pp. 434- 445), España: ELSEVIER.
- Ramírez-Girón, N., Cortés-Barragán, B., y Galicia-Aguilar, R. (2018). Continuidad del cuidado: adulto mayor con diabetes tipo 2 y su cuidador. *Enfermería Universitaria*, 13(1). doi: 10.1016/j.reu.2015.12.002

Secretaría de Gobernación. (2016). *¿Qué es la identidad de género?*. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/segob/articulos/que-es-la-identidad-de-genero>

Simone, C. B., Aparecida, C. S., Marcon, S.S., Lima, S. (2013). Percepción de la gente

con diabetes sobre la enfermedad y las razones de rehospitalização: estudio

descriptivo. *Online braz j nurs*, 12(2), 501-510. Recuperado de

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4080/pdf_1.

Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception

Questionnaire: A new measure for assessing the cognitive representation of

illness. *Psychology y Health*, 11, 431-445. doi: 10.1080/08870449608400270

Apéndice A

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Percepción de Enfermedad y Estilo de Vida en Personas con Diabetes Tipo 2

Investigadores Responsables: DCE. Arelia Morales Nieto y PSSLE. Alexis Contreras Gil

Prologo: Estamos interesados en identificar cuáles son los Beneficios y Barreras del Ejercicio en Adolescentes. Por tal motivo se le invita a participar en el estudio para acreditar la materia de Seminario de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Propósito del Estudio: El propósito de esta investigación es estudiar la percepción de enfermedad y el estilo de vida en persona con Diabetes Tipo 2 La información que nos brinde será de gran utilidad debido a que, en función de ella, se contribuirá en el vacío del conocimiento, y en la generación de futuras investigaciones.

Descripción del Estudio: Si usted desea participar en el estudio, se le solicitará firmar el consentimiento informado, se le proporcionará una cédula de datos personales y dos instrumentos los cuales serán dentro de la institución en un área designada para que sean contestados con la mayor privacidad posible y protegiendo la confidencialidad. La información obtenida será resguardada por el autor principal del estudio, evitándose la identificación del nombre, dirección u otros datos personales que pueda exponer la identidad. La participación no tendrá ninguna repercusión en la institución donde lleva acabo la formación académica, y tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

Riesgos e Inquietudes: No existen riesgos serios relacionados con la participación en el estudio. Si usted se sientes incómodo, incapacitado o simplemente no desees seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

Beneficios Esperados: En el presente estudio no existe un beneficio personal por participar. Sin embargo, los resultados contribuirán a profundizar el conocimiento en la temática del consumo de alcohol y las actitudes de los estudiantes.

Costos: La participación en el estudio, no implica ningún costo.

Autorización para Uso y Distribución de la Información: La única persona que conocerá será el responsable del estudio. Es importante mencionar que la información recabada será uso exclusivo por el investigador y no serán difundidos los resultados a otras personas no autorizadas. Los resultados del estudio serán publicados de manera general en artículos científicos, esto significa que no se publicara información individualizada de cada participante.

Derecho de Retratar: La participación en el estudio es voluntaria, y la decisión de participar o no, no afecta la relación actual con la institución. Si decide participar, tendrá la libertad de retractarte en el momento en que lo decida.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, podrá comunicarse a la Secretaría de Investigación y Estudios de Pregrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Consentimiento: Voluntariamente acepto brindar información y participar en el estudio. He leído la información en este formato y todas las preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación.

Nombre y firma del Participante

Autor de la Investigación

Testigo

Apéndice B

Cédula de factores personales biológicos y sociodemográficos de las personas con diagnóstico de Diabetes Tipo 2.

Folio.	
--------	--

Instrucciones: Por favor marca con una X el cuadro de la respuesta correcta y escribe sobre las líneas la respuesta del paciente.

I. Datos generales

1. Fecha de aplicación: _____

2. Iniciales de su nombre: _____

3. Número telefónico _____

II. Factores personales biológicos y sociodemográficos.

<p>3. Edad</p> <hr/> <p>4. Sexo</p> <p>1) Femenino</p> <p>2) Masculino</p> <hr/> <p>5. Años formales de escolaridad _____</p> <p>6. Tiempo de diagnóstico en <i>años</i></p> <p>_____</p>	<p>6. Estado marital</p> <p>1) Con pareja</p> <p>2) Sin pareja</p>	<p>7.- Ocupación</p> <p>1) Empleado</p> <p>2) Obrero</p> <p>3) Agricultor</p> <p>4) Ama de casa</p> <p>5) Comerciante</p> <p>6) Profesionista _____</p> <p>8. IMC _____</p> <p>9. Peso corporal _____</p> <p>10. Talla _____</p> <p>11. <i>Glucemia capilar</i></p> <p>_____</p>
---	--	--

Apéndice C

Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne,1996).

Folio _____

Instrucciones: Seleccione la respuesta que refleje mejor su opinión considerando la diabetes como la enfermedad que está enfrentando.

Opciones de respuesta: 5 muy en desacuerdo, 4 no estoy de acuerdo, 3 ni en acuerdo ni en desacuerdo, 2 de acuerdo, 1 muy de acuerdo.

No	Pregunta	5	4	3	2	1
1.	Mi enfermedad durará poco tiempo					
2.	Es probable que mi enfermedad sea temporal y no definitiva					
3.	Es probable que mi enfermedad dure mucho tiempo					
4.	Mi enfermedad pasará rápidamente					
5.	Espero no tener la enfermedad por el resto de mi vida					
6.	Mi enfermedad tiene consecuencias importantes en mi vida					
7.	Mi enfermedad no tiene mucho efecto en mi vida					
8.	Mi enfermedad afecta gravemente la forma en que otros me ven					
9.	Mi enfermedad tiene graves consecuencias financieras					
10.	Mi enfermedad causa dificultades para los que están cerca de mi					
11.	Hay mucho que yo pueda hacer para controlar mis síntomas					
12.	Lo que hago puede determinar si mi enfermedad mejora o empeora					
13.	El curso de mi enfermedad depende de mi					

14.	Nada de lo que hago afectará mi enfermedad					
15.	Tengo el poder de influir en mi enfermedad					
16.	Mis acciones no tendrán ningún efecto en mi enfermedad					
17.	Mi enfermedad mejorará con el tiempo					
18.	Hay muy poco que pueda hacer para mejorar en mi enfermedad					
No	Pregunta	5	4	3	2	1
19.	Mi tratamiento es efectivo para curar mi enfermedad					
20.	Los efectos negativos de mi enfermedad pueden contrarrestarse con el tratamiento					
21.	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad					
22.	No hay nada que pueda ayudar a mi condición					
23.	Los síntomas de mi enfermedad me están confundiendo					
24.	Mi enfermedad es un misterio para mí					
25.	No comprendo mi enfermedad					
26.	Mi enfermedad no me hace sentir nada					
27.	Tengo una idea clara de lo que representa mi condición					
28.	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho día con día					
29.	Mis síntomas son cíclicos					
30.	Mi enfermedad es muy impredecible					
31.	En mi enfermedad los ciclos me hacen mejorar y empeorar					
32.	Me deprimó cuando pienso en mi enfermedad					
33.	Cuando pienso en mi enfermedad me enfado					
34.	Mi enfermedad me hace sentir enojado					
35.	Mi enfermedad no me preocupa					
36.	Tener esta enfermedad me hace sentir ansioso					

Apéndice D

Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos, IMEVID

(López, Araiza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Instrucciones: este cuestionario está diseñado para conocer los estilos de vida que tiene Usted para el cuidado de la Diabetes Mellitus. No es un examen por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste cada pregunta marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted.

No.	Pregunta	4	2	0	
1	¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2	¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3	¿Cuántas piezas de pan come al día?	0-1	2	3 o más	
4	¿Cuántas tortillas come al día?	0-3	4 a 6	7 o más	
5	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	
6	¿Agrega sal a los alimentos cuando está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7	¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	
8	¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	
9	¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10	¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11	¿Se mantiene ocupado fuera de actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12	¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13	¿Fuma?	No fumo	Algunas	Fumo a	

			veces	diario	
14	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno 4	1 a 5 2	6 o más 0	
15	¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17	¿A cuántas pláticas para personas con diabetes has asistido?	4 a más	1 a 3	Ninguna	
18	¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19	¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20	¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21	¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22	¿Hace su máximo esfuerzo por tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23	¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24	¿Olvida tomarse sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	
25	¿Sigue las instrucciones que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	

Apéndice E

Datos descriptivos del Instrumento de Percepción de Enfermedad.

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de enfermedad en personas con Diabetes tipo 2, categoría A) Temporalidad.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
1. Mi enfermedad durará poco tiempo	3 (3)	4 (4)	12 (12)	32 (32)	49 (49)
2. Es probable que mi enfermedad sea temporal y no definitiva	5 (5)	4 (4)	10 (10)	39 (39)	42 (42)
3. Es probable que mi enfermedad dure mucho tiempo	39 (39)	26 (26)	10 (10)	12 (12)	13 (13)
4. Mi enfermedad pasará rápidamente	6 (6)	10 (10)	11 (11)	33 (33)	40 (40)
5. Espero no tener la enfermedad por el resto de mi vida	16 (16)	27 (27)	8 (8)	17 (17)	32 (32)

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje n=100

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría B) Cronología Clínica.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
28. Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho día con día	14 (14)	39 (39)	16 (16)	23 (23)	8 (8)
29. Mis síntomas son cíclicos	14 (14)	30 (30)	21 (21)	17 (17)	18 (18)
30. Mi enfermedad es muy impredecible	13 (13)	32 (32)	14 (14)	22 (22)	19 (19)
31. En mi enfermedad los ciclos me hacen mejorar y empeorar	17 (17)	35 (35)	18 (18)	16 (16)	14 (14)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

n = 100

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes Tipo 2, categoría C) Consecuencias.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
6. Mi enfermedad tiene consecuencias importantes en mi vida	45 (45)	30 (30)	14 (14)	7 (7)	4 (4)
7. Mi enfermedad no tiene mucho efecto en mi vida	17 (17)	17 (17)	13 (13)	14 (14)	36 (36)
8. Mi enfermedad afecta gravemente la forma en que otros me ven	13 (13)	31 (31)	25 (25)	19 (19)	12 (12)
9. Mi enfermedad tiene graves consecuencias financieras	28 (28)	46 (46)	10 (10)	9 (9)	7 (7)
10. Mi enfermedad causa dificultades para los que están cerca de mi	22 (22)	39 (39)	25 (25)	6 (6)	8 (8)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

n = 100

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes Tipo 2, categoría D) Control personal.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
11. Hay mucho que yo pueda hacer para controlar mis síntomas	40 (40)	38 (38)	7 (7)	9 (9)	6 (6)
12. Lo que hago puede determinar si mi enfermedad mejora o empeora	30 (30)	45 (45)	12 (12)	8 (8)	5 (5)
13. El curso de mi enfermedad depende de mi	36 (36)	40 (40)	8 (8)	8 (8)	8 (8)
14. Nada de lo que hago afectará mi enfermedad	11 (11)	20 (20)	23 (23)	20 (20)	26 (26)
15. Tengo el poder de influir en mi enfermedad	31 (31)	35 (35)	15 (15)	14 (14)	5 (5)
16. Mis acciones no tendrán ningún efecto en mi enfermedad	14 (14)	21 (21)	19 (19)	25 (25)	21 (21)
17. Mi enfermedad mejorará con el tiempo	11 (11)	21 (21)	20 (20)	26 (26)	22 (22)
18. Hay muy poco que pueda hacer para mejorar en mi enfermedad	13 (13)	13 (13)	25 (25%)	25 (25)	24 (24)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

n = 100

Tabla 11

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes Tipo 2, categoría E) Control del tratamiento.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)
19. Mi tratamiento es efectivo para curar mi enfermedad	23 (23)	27 (27)	26 (26)	15 (15)	9 (9)
20. Los efectos negativos de mi enfermedad pueden contrarrestarse con el tratamiento	23 (23)	42 (42)	11 (11)	10 (10)	5 (5)
21. Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad	32 (32)	42 (42)	11 (11)	10 (10)	5 (5)
22. No hay nada que pueda ayudar a mi condición	10 (10)	14 (14)	16 (16)	32 (32)	28 (28)
<i>Nota: f = frecuencia, % = porcentaje</i>					<i>n = 100</i>

Tabla 12

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de enfermedad en Personas con Diabetes Tipo 2, categoría F) Coherencia de la enfermedad.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
	(f)	(f)	(f)	(f)	(f)
23. Los síntomas de mi enfermedad me están confundiendo	14 (14)	20 (20)	31 (31)	27 (27)	8 (8)
24. Mi enfermedad es un misterio para mi	11 (11)	16 (16)	22 (22)	21 (21)	30 (30)
25. No comprendo mi enfermedad	10 (10)	15 (15)	15 (15)	23 (23)	37 (37)
26. Mi enfermedad no me hace sentir nada	11 (11)	15 (15)	25 (25)	18 (18)	31 (31)
27. Tengo una idea clara de lo que representa mi condición	25 (25)	33 (33)	17 (17)	12 (12)	13 (13)
<i>Nota: f = frecuencia, % = porcentaje</i>					<i>n = 100</i>

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes del instrumento de Percepción de Enfermedad en Personas con Diabetes tipo 2, categoría G) Representaciones emocionales.

Variable	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy de acuerdo	Muy en desacuerdo
	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)	% (f)
32. Me deprimó cuando pienso en mi enfermedad	26 (26)	23 (23)	8 (8)	28 (28)	15 (15)
33. Cuando pienso en mi enfermedad me enfado	22 (22)	21 (21)	14 (14)	32 (32)	11 (11)
34. Mi enfermedad me hace sentir enojado	17 (17)	31 (31)	19 (19)	23 (23)	10 (10)
35. Mi enfermedad no me preocupa	11 (11)	20 (20)	11 (11)	29 (29)	29 (29)
36. Tener esta enfermedad me hace sentir ansioso	9 (9)	27 (27)	21 (21)	32 (32)	11 (11)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

n = 100

Apéndice F

Datos descriptivos del Instrumento de Estilo de Vida (IMEVID).

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio uno, nutricional.

Variable	Casi nunca	Algunos días	Todos los días de la semana
	% (f)	% (f)	% (f)
1. Ingesta de verduras	17 (17)	59 (59)	24 (24)
2. Ingesta de frutas	18 (18)	52 (52)	30 (30)
3. Ingesta de pan	5 (5)	37 (37)	58 (58)
4. Ingesta de tortillas	11 (11)	46 (46)	43 (43)
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	11 (11)	47 (47)	42 (42)
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando está comiendo?	9 (9)	53 (53)	38 (38)
7. ¿Come alimentos entre comidas?	12 (12)	55 (55)	32 (32)
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	13 (13)	55 (55)	32 (32)
9. ¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente pide que le sirvan más?	13 (13)	54 (54)	33 (33)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

n = 100

Tabla 15

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio dos, actividad física.

Variable	Casi nunca	Algunos días	Todos los días de la semana
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
10 Frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio	40 (40)	27 (27)	33 (33)
11 ¿Se mantiene ocupado fuera de actividades habituales de trabajo?	32 (32)	45 (45)	23 (23)
	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión
12 ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	33 (33)	33 (33)	34 (34)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100

Tabla 16

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio tres, consumo de cigarrillos de tabaco.

Variable	Fuma a diario	Algunos veces	No fumo
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
13 ¿Fuma?	9 (9)	35 (35)	56 (56)
	Casi nunca	1-5	6 o más
14 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	61 (61)	33 (33)	6 (6)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100

Tabla 17

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio cuatro, consumo de alcohol.

Variable	1 vez por semana	Rara vez	nunca
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
15 ¿Bebe alcohol?	10 (10)	46 (46)	44 (44)
	Casi nunca	1 a 2	Ninguna
16 ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	9 (9)	45 (45)	46 (46)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100

Tabla 18

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio cinco, información sobre diabetes.

Variable	Ninguna	1 a 3	4 a más
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
17 ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes has asistido?	41 (41)	33 (33)	26 (26)
	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
18 ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	20 (20)	59 (59)	21 (21)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100

Tabla 19

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio seis, control de emociones.

Variable	Casi nunca	Algunos días	Todos los días de la semana
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
19 ¿Se enoja con facilidad?	17 (17)	59 (59)	24 (24)
20 ¿Se siente triste?	14 (14)	57 (57)	29 (29)
21 ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre el futuro?	6 (6)	57 (57)	37 (37)

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100

Tabla 20

Frecuencias y porcentajes del Instrumento de Estilo de Vida en Personas con Diabetes: dominio siete, cumplimiento del tratamiento.

Variable	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
	%	%	%
	(f)	(f)	(f)
22 ¿Hace su máximo esfuerzo por tener controlada su diabetes?	10	52	38
23 ¿Sigue dieta para diabético?	18	53	29
24 ¿Olvida tomarse sus medicamentos para la diabetes o aplicarse la insulina?	44	49	7
25 ¿Sigue las instrucciones que se le indican para su cuidado?	12	45	43

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n = 100