



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

Tesis
Apoyo y Salud Familiar en Personas Adultas con
Diabetes Tipo 2 desde el enfoque Mixto

Presenta:
Cesia Eliza Rosas Amaro

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Diciembre, 2022



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

Tesis

*Apoyo y Salud Familiar en Personas Adultas con
Diabetes Tipo 2 desde el enfoque Mixto*

Presenta:

LE. Cesia Eliza Rosas Amaro

Director de Tesis:

DCE. Beatriz García Solano

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería



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

Tesis

*Apoyo y Salud Familiar en Personas Adultas con
Diabetes Tipo 2 desde el enfoque Mixto*

Presenta:

LE. Cesia Eliza Rosas Amaro

Director de Tesis:

DCE. Beatriz García Solano

Co-Directora de Tesis:

DCE. Patricia Enedina Miranda Félix

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Tesis: Apoyo y Salud Familiar en personas Adultas con Diabetes Tipo 2 desde el enfoque Mixto
Número de registro: SIEP/ME/120/2022

Jurado de Examen de Grado

DCE. Beatriz García Solano
Presidente

ME. Elizabeth Domínguez González
Secretaria

ME. Noé Xicali Morales
Vocal 1

ME. Gloria Luz Barrientos
Vocal 2

DCE. Beatriz García Solano
Director de Tesis

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora de la Facultad de Enfermería
Benemérita Universidad Autónoma de
Puebla

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y
Estudios de Posgrado

Agradecimientos

Primeramente, a Dios, porque su voluntad es buena, agradable y perfecta y sin Él no sería posible nada.

A mi familia, en especial a mis padres y hermanos que siempre han creído en mí y me han apoyado en cada decisión para mi crecimiento profesional.

A mi casa de estudios BUAP, por ser una de las mejores instituciones del país, así como todos los procesos que conllevan el tener un programa académico de calidad.

A mi asesora de tesis, por compartir sus conocimientos y experiencias como profesional y personas para poder realizar un excelente trabajo de tesis.

A los compañeros, amigos y colegas que formé dentro de la maestría, sin duda me llevo un recuerdo y aprendizaje de cada uno.

Dedicatorias

Dedico esta tesis a mi Eliza del pasado, del presente y del futuro, esta página queda plasmada como una carta, como un momento o un recuerdo para tener siempre presente que todo lo que pasa por tu mente, puede pasar por tu vida.

Resumen

Nombre: LE. Cesia Eliza rosas Amaro

ID: 220450052

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Título: Apoyo y Salud Familiar en personas

Adultas con Diabetes Tipo 2 desde el

enfoque Mixto

No. Registro: SIEP/ME/120/2022

Número de Páginas: 62

CVU: 1079140

Candidata para: el Grado de Maestría en Enfermería

Introducción: Las familias son unidades sociales dinámicas, dado que el crecimiento y desarrollo de una persona dentro de un núcleo familiar forman elementos determinantes en el bienestar de las personas como lo es en la presencia de alguna enfermedad, en este caso la diabetes considerada como una pandemia donde se estima que existen más de 537 millones de personas con este padecimiento. **Objetivo:** Explicar la relación del apoyo familiar y salud familiar de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo una metodología mixta. **Método:** Diseño mixto de tipo cuantitativo más cualitativo (CUANTI+cuali), (Morse, 2009; Plano Clark, 2007). **Resultados:** Ingresaron al estudio 59 participantes, conformados por 33 familias, el 83% de la población tiene menos de 20 años con el diagnóstico de diabetes tipo 2, los instrumentos utilizados fueron confiables y aceptables de acuerdo al coeficiente alfa de cronbach, se obtuvo un valor de $p=.058$ y $p=.200$ lo que indica una distribución normal de los datos, los resultados expusieron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la Salud familiar y el Apoyo Familiar ya que el valor de $p=.224$, así mismo el coeficiente de correlación presenta un valor de $r=.161$ lo que indica una correlación baja. **Conclusión:** Se identifica que no existen correlaciones entre las variables desde la perspectiva cuantitativa sin embargo desde la perspectiva cualitativa si existen vínculos.

Palabras Clave: Apoyo familiar. Salud Familiar. Diabetes Tipo 2

Firma del Director de Tesis _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito del Estudio	4
1.3 Marco Teórico	4
1.3.1 Ubicación del Fenómeno de Estudio	8
1.3.2 Estructura Conceptual Teórico Empírica	9
1.4 Estudios Relacionados	10
1.4.1 Estudios Cuantitativos	10
1.4.2 Apoyo Familiar	10
1.4.3 Salud Familiar	12
1.4.4 Estudios Cualitativos	13
1.5 Definición Operacional	15
1.6 Objetivo General	15
1.6.1 Objetivos Específicos	16
Capítulo II	17
Metodología	17
2.1 Diseño del estudio	17
2.2 Población	17
2.3 Muestreo y Muestra	17
2.4 Criterios de Selección	18
2.4.1 Criterios de Inclusión	18
2.4.2 Criterios de Exclusión	18
2.4.3 Criterios de Eliminación	18
2.5 Instrumentos	18
2.5.1 Cédula de Datos Sociodemográficos	19
2.5.2 Instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2	19
2.5.3 Escala de Salud Familiar	20
2.5.4 Entrevistas Semiestructuradas	20

2.6 Procedimientos	21
2.7 Ética del Estudio	23
2.8 Plan de Análisis Estadístico	24
2.9 Resultados de la Prueba Piloto	25
Capítulo III	26
Resultados	26
3.1 Progresión del Diseño	26
3.2 Características Sociodemográficas	26
3.3 Confiabilidad del Instrumento	29
3.4 Estadística Inferencial	29
3.5 Características Sociodemográficas	32
3.6 Codificación Inicial	32
3.7 Matriz Condicional Consecuencial	34
3.6 Categoría Central	37
Capítulo IV	38
Discusión	39
Conclusión	39
Referencias	38
Apéndice A Cédula de datos sociodemográficos	42
Apéndice B Instrumento apoyo familiar al diabético tipo 2	44
Apéndice C Escala de Salud familiar	46
Apéndice D Guía de entrevista semiestructurada	48
Apéndice E Consentimiento informado	50

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de Salud Familiar	7
Figura 2. Ubicación del Fenómeno	8
Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica	9
Figura 4. Diagrama de Dispersión Simple	31
Figura 5. Codificación	33
Figura 5. Proceso de Simbiosis Familiar	37

Lista de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los familiares	25
Tabla 2. Datos de la persona con diabetes tipo 2	27
Tabla 3. Consistencia interna de los instrumentos	28
Tabla 4. Datos sociodemográficos	29
Tabla 5 Progresión del código teórico	31
Tabla 6 Progresión del código teórico	32
Tabla 7 Progresión del código teórico	33

Lista de Apéndices

Apéndice A Cédula de Datos Sociodemográficos	40
Apéndice B Instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2	42
Apéndice C Escala de Salud Familiar	44
Apéndice D Guía de Entrevista Semiestructurada	46
Apéndice E Consentimiento Informado	48

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La familia es la organización básica de la sociedad y el primer contacto en el desarrollo del individuo, todas poseen propiedades diferentes y estas varían en su estructura, función y procesos de relación; sin embargo, de acuerdo con Fantín y García (2011), la característica definitoria común, es que las relaciones en la familia se modulan por los sentimientos, la clave de muchos de los problemas de las personas se encuentra en las interacciones familiares, situaciones que muchas veces no se pueden cuantificar.

Las familias son unidades sociales dinámicas, dado que el crecimiento, desarrollo y constitución de una persona dentro de un núcleo familiar, resulta uno de los fenómenos más complejos de la vida; cada factor del ambiente familiar como es la relación entre integrantes de la familia, creencias, estilos, formas de educar, conflictos y ambiente en el que se desarrollan, pueden interactuar de múltiples maneras, lo cual resulta en la adopción de actitudes y respuestas ante diversas situaciones subjetivas u objetivas (Fantín y García, 2011).

En este sentido los factores familiares forman elementos determinantes en la calidad de vida y el bienestar de las personas, como lo es en la presencia de alguna enfermedad no transmisible o también conocida como enfermedad crónica (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

La diabetes representa una pandemia, de acuerdo con las cifras de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021), existen más de 537 millones de personas con este padecimiento y representa una de las diez principales causas de fallecimiento; se estima que para el año 2045 el número de personas con esta enfermedad crónica ascenderá a los 783 millones que necesitarán del apoyo de sus familias (OMS, 2019).

En América Latina, la prevalencia de Diabetes Tipo 2 (DT2) ajustada a la edad adulta es de 11.1%; en México la situación no es diferente, cada vez hay más personas con esta enfermedad y esto ha ocasionado que este país se posicione en el sexto lugar (FID, 2019), con 8.6 millones de personas adultas con DT2 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2018).

La DT2 es la primera causa de muerte por enfermedades crónicas en mujeres y la segunda en los hombres con una prevalencia de 11.4% y 9.1% respectivamente, además, es motivo frecuente de incapacidad prematura, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismos, es considerada una de las cinco enfermedades con mayor impacto económico al sistema de salud mexicano (ENSANUT, 2018).

En los últimos años, la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2016), han establecido objetivos globales para fomentar acciones con base a resultados cuantitativos y cualitativos, donde se muestren las mejores intervenciones para mejorar la atención y fortalecer los sistemas de salud como una meta para el año 2030, tanto de manera colectiva como individual, donde también participan los profesionales de salud, la sociedad y la familia (OMS, 2016).

De acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2015), la familia debe considerarse un pilar importante, ya que el apoyo familiar favorecerá en conductas las saludables del individuo. Por lo tanto, es importante crear lazos entre sus miembros y quienes padecen DT2, integrando no solo situaciones específicas de tratamiento médico, sino también emociones, sentimientos y percepciones a través del estudio de los testimonios de los integrantes de la familia para describir la manera en que brindan o no apoyo (Bayón, Mier y Terán, 2010).

Es aquí donde reside la importancia del uso de la metodología mixta para describir el fenómeno de investigación desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo. Para favorecer la integración de estos diseños, se puede considerar a los modelos teóricos de enfermería que sirvan como guías para probar sus proposiciones o supuestos a través de indicadores empíricos y descritas desde el análisis del discurso de los actores implicados.

Con base a la premisa anterior, el Modelo de Salud Familiar, propuesto por Sharon Denham (2003), sería ideal. Esta teórica afirma dentro de sus constructos que las personas experimentan la salud individual y familiar con relación a los ámbitos contextual, funcional y estructural, con relación al apoyo familiar. Por lo tanto el razonamiento sería el siguiente: Si las personas experimentan la salud individual y familiar en relación con los ámbitos conceptual, funcional y estructural a lo largo de su vida, entonces al describir la relación que existe entre el apoyo familiar y la salud familiar desde un paradigma mixto, permitirá comprender el proceso del cuidado de la salud y las diferentes acciones producidas por la familia en relación al apoyo que se genera entre los miembros del hogar.

De acuerdo a la literatura, los estudios que se han generado hasta el momento sobre los conceptos de interés, muestran una preferencia con diseños cuantitativos. En este paradigma se puede observar que la familia desconoce la influencia que tiene sobre el bienestar de la persona enferma (Pelcastre, Reynoso, López y Ruvalcaba, 2020); no se identifica la perspectiva del familiar (Mar, Peñarrieta, León, Gutiérrez, Banda, Rangel y de León, 2017; Reynoso, Hernández, Martínez, Zamudio, Islas, Pelcastre, Garnica y Ruvalcaba, 2020).

En contraste, los estudios cualitativos, reconocen el apoyo del cuidado y medidas en la salud familiar (Fernández, Silvano y Del Pino, 2013). Estudios fenomenológicos describen las prácticas del cuidado cotidiano, la percepción de la enfermedad de quienes padecen DT2 y las

necesidades del apoyo familiar y social, donde se genera incertidumbre por la variabilidad y el difícil manejo de la enfermedad en los cambios del estilo de vida familiar, (Pinzón, Aponte y Hernández, 2013). El análisis de contenido cualitativo, denotan los sentimientos y percepciones de la persona con DT2 y sus familiares, quienes se adaptan a la enfermedad a pesar de estar sanos (Cortés, Tzontehua, Ramírez y García 2016).

La evidencia hasta ahora publicada ha estudiado el apoyo familiar y salud familiar con diferentes variables de estudio, pero la relación entre ambos conceptos puede no haber sido indagada bajo una metodología mixta que complemente la comprensión del fenómeno de estudio para clarificar la utilidad de la práctica en el cuidado de enfermería.

1.2 Propósito del Estudio

Estudiar el apoyo familiar y su relación con la salud familiar de personas adultas con diabetes tipo 2, bajo una metodología mixta. Este proyecto forma parte del proyecto “Fomento y Promoción de Salud Familiar en Diabetes Tipo 2” (P-0000-25/CI/SIEP/FEBUAP) de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

1.3 Marco Teórico

El Modelo de Salud Familiar (MSF) de Sharon A. Denham (2003), proporciona un marco para describir, explicar y predecir los resultados de salud, así como un medio para circunscribir los límites de la producción de salud familiar. Está compuesto por un grupo de dimensiones interrelacionadas que son: Salud familiar como construcción social, contextual, estructural y funcional. Estas dimensiones se explican a continuación:

Dimensión de salud familiar como construcción social. La salud familiar se conceptualiza como las interacciones y los procesos de las personas que se identifican y viven juntos en el seno del hogar, buscando oportunidades, luchando de manera individual o colectiva contra las

dificultades para alcanzar un estado en el que se sientan bien consigo y con los demás (Denham, 2003).

Dimensión contextual. Tiene que ver con los diversos entornos con potencial para afectar la salud individual y familiar, el entorno interno que se refiere al contexto de los miembros, de la familia y del hogar y el entorno externo que hace referencia al contexto vecindario, comunitario, social, histórico y político.

Dimensión estructural. Se refiere a la atención centrada en las rutinas familiares y cómo a través de estas se puede evaluar, planificar y diseñar estrategias de intervención. Está compuesta por rutinas de autocuidado, seguridad y prevención, comportamientos de salud mental, cuidado familiar, cuidado de enfermedades y cuidado de los miembros.

Dimensión funcional: Esta dimensión enfatiza las interacciones individuales y colectivas utilizadas por los integrantes para relacionarse unos con otros, incluye las formas de cómo los integrantes se cuidan, brindan apoyo y fortalecen las situaciones de salud-enfermedad a las que se enfrentan, compuesto por factores individuales y procesos de los miembros (Denham, 2003).

El MSF tiene 14 proposiciones teóricas, para fines de este estudio se abordan las siguientes:

1. Las personas experimentan la salud individual y familiar en relación con los ámbitos conceptual, funcional y estructural a lo largo de su vida.
2. La salud de la familia comprende las complejas interacciones del microsistema y diversos sistemas contextuales que tienen el potencial de maximizar o minimizar el bienestar y el “proceso de devenir” de los individuos y la familia en su conjunto.
3. Los individuos dentro del nicho doméstico forman díadas y tríadas, internas y externas al nicho doméstico, éstas tienen el potencial de afectar la salud individual y familiar.

Para resumir la relación de los conceptos anteriormente planteados se presenta el modelo de Salud Familiar de Sharon Denham (2003) (Ver figura 1).

De esta manera, el apoyo familiar es apropiado sustentarlo desde la perspectiva de Teoría Fundamentada (TF), ya que consiste en un conjunto de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones relacionadas entre sí, que presentan un fenómeno determinado, mediante un proceso de descripción, comparación y conceptualización de los datos (Glaser y Strauss, 1967), basándose en la teoría del interaccionismo simbólico, que sirve para comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social (Strauss y Corbin, 2002).

La TF permite contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas, caracterizándose por generar o descubrir modelos explicativos sobre determinados fenómenos sociales. La TF permite indagar sobre lo desconocido tomando en cuenta lo expresado por Charmaz (2013), donde refiere que los métodos de la teoría fundamentada proporcionan un modelo para llevar a cabo la investigación cualitativa, teniendo presente que el fin último de la TF es la generación de teoría; a veces se crea una nueva o se perfecciona alguna ya existente, lo cual es una de sus principales aportaciones a la ciencia, entendiendo mejor la naturaleza del ser humano.

Por consiguiente, la teoría fundamentada es pertinente para esta investigación por su enfoque exploratorio para entender en profundidad el fenómeno de la salud familiar y sus vínculos con el apoyo familiar que ha sido poco investigado, lo que puede contribuir al desarrollo de teorías dado que se apega al rigor de los diseños cualitativos.

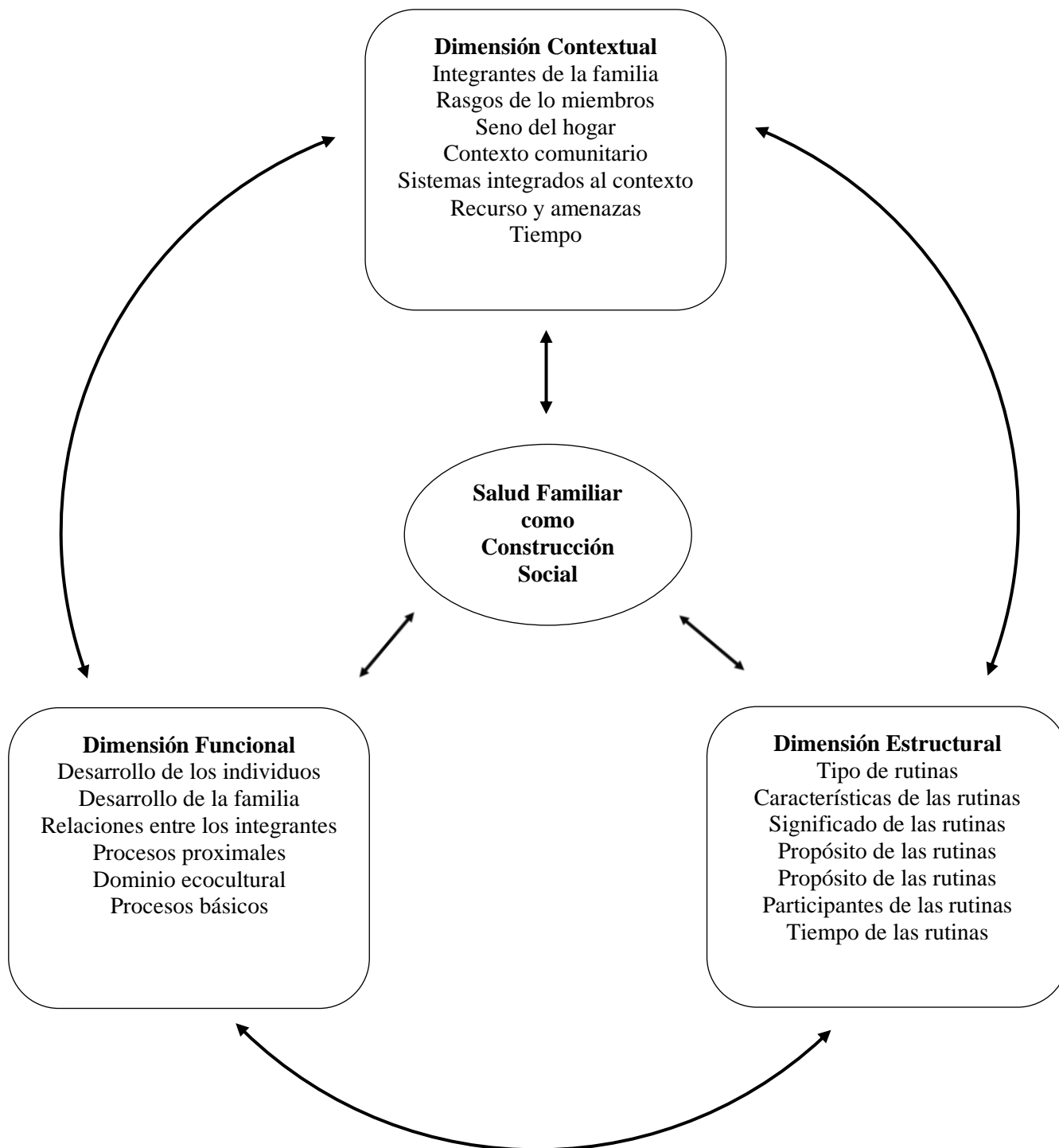


Figura 1. Modelo de Salud Familiar (Denhan, 2003).

1.3.1 Ubicación del Fenómeno de Estudio

Para la presente investigación, se consideran como referencias del MSF, la Dimensión Salud Familiar como Construcción Social y la Dimensión Funcional con el concepto de Relaciones entre los integrantes, (Ver figura 2).

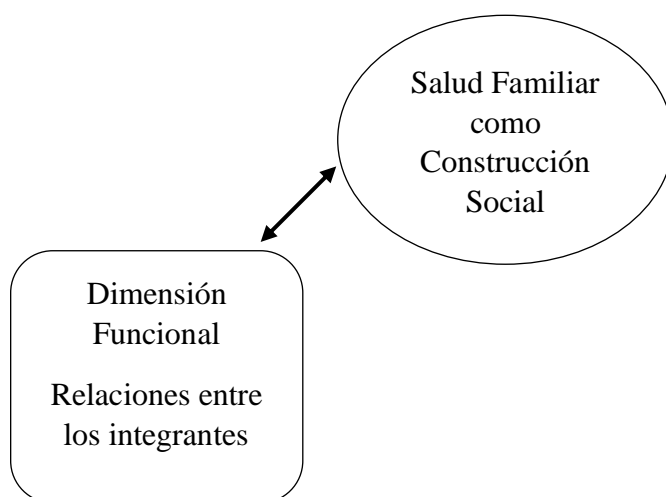


Figura 2. Modelo de Salud Familiar (Denham, 2003).

1.3.2 Estructura Conceptual Teórico Empírica

Para la realización de la Estructura Conceptual Teórico Empírica (CTE), se operacionalizaron las variables de estudio que se medirán dentro del MSF: la Dimensión Funcional con Apoyo familiar, así como la dimensión funcional control glucémico.

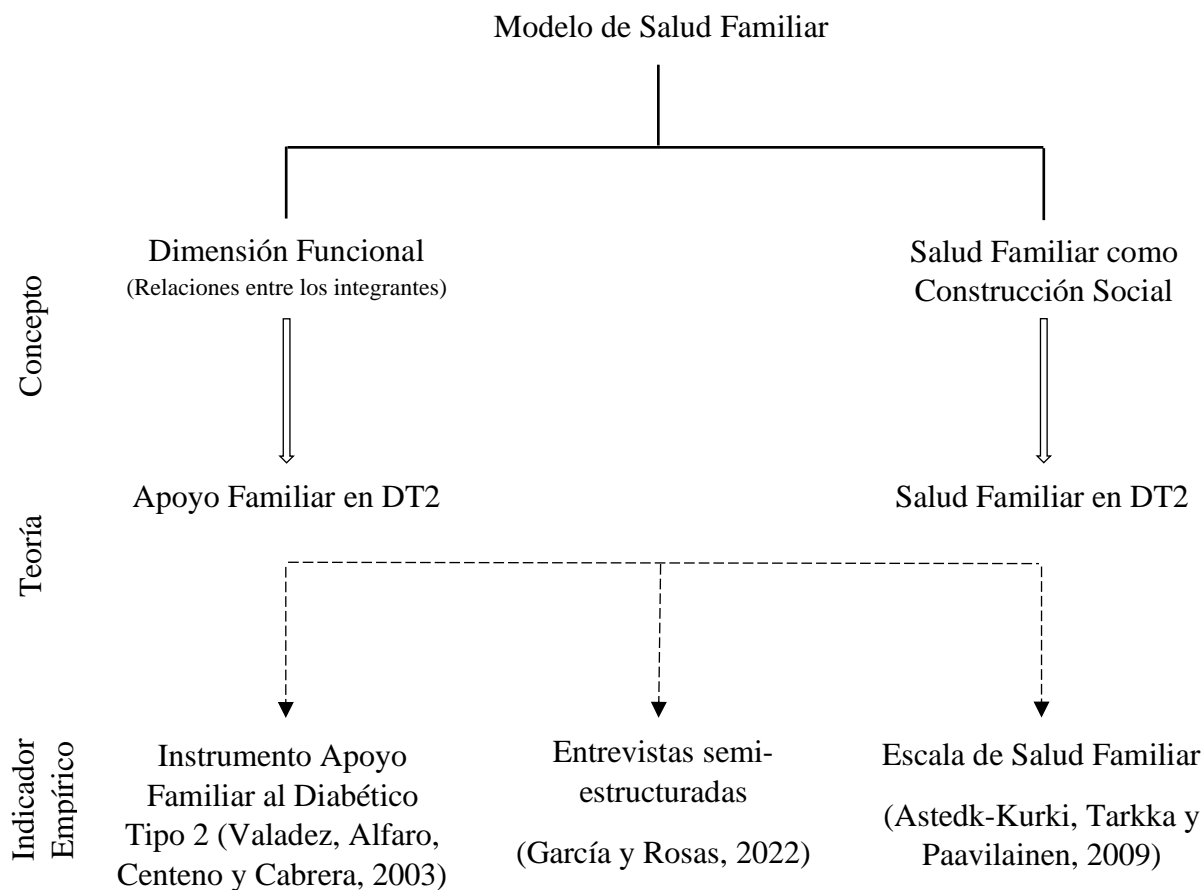


Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica (CTE) Basada en Fawcett et al. (2016).

1.4 Estudios Relacionados

A continuación se muestran los estudios relacionados obtenidos de la búsqueda en bases de datos como: PubMed, Redalyc, Google Académico, Scopus, Cochrane y BVS, del año 2011 al 2021, la estrategia de búsqueda inició a partir de las herramientas de los descriptores Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) así como de los operadores booleanos AND y OR, se realizaron las siguientes combinaciones: Social support AND Diabetes Mellitus, type 2, Social support AND Family AND Glycemic control, Familia AND Control glucémico, social support AND diabetes y social support OR Family support AND Glycemic control, Family support AND Glycemic control AND Diabetes mellitus, type 2 y social support OR Family support AND Glycemic control AND diabetes mellitus, type 2; finalmente los estudios identificados se muestran a continuación; de inicio se presentan los de tipo cuantitativo y posteriormente los de tipo cualitativo que dan sustento a las variables de estudio.

1.4.1 Estudios Cuantitativos

1.4.2 Apoyo Familiar

Pelcastre, et al. (2020), realizaron una revisión sistemática en diversas bases de datos reconocidas, se identificaron 24 artículos, donde se estableciera el trabajo de las personas que viven con diabetes tipo 2, se consideraron como parte del mismo a los familiares del ámbito cotidiano y las intervenciones educativas. Se identificó en 10 de los artículos que los pacientes enfermos con DT2 no reciben el apoyo familiar adecuado, esto debido a que la familia desconoce la influencia que tiene sobre el bienestar de la persona enferma. Por otra parte un programa educativo aplicado a pacientes que viven con DT2 han tenido diferencias estadísticamente significativas en la hemoglobina glicosilada ($p=.001$), esto reflejado mediante la adopción de

conductas saludables como la alimentación adecuada, actividad física, apego al tratamiento farmacológico y asistencia a consultas médicas, se concluyó que se debe poner especial atención en la capacitación familiar.

Ríos y Espínola, (2020), llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con el objetivo de analizar la relación entre apoyo familiar y el control de la glucemia en 284 pacientes con DT2, en un Hospital de tercer nivel de atención en Paraguay. En los resultados se identificaron edades desde los 29 hasta 87 años, se encontró que el 81.5% (233) de los pacientes con mal control glucémico tuvieron un apoyo familiar medio, 12.11% (23) pacientes con un apoyo familiar bajo y solo el 6,69% tenían apoyo familiar bajo. Se concluyó que es necesario involucrar a la familia en el ejercicio asistencial y educativo del paciente para mejorar el control glucémico y prevenir complicaciones.

Reynoso, et al. (2020), llevaron a cabo un estudio observacional y transversal con el objetivo de medir el apoyo familiar percibido por el paciente con diabetes, en una muestra de 100 pacientes con diabetes tipo 2 mediante la aplicación de una encuesta para la recolección de información donde presentó que el 70% no recibe apoyo familiar percibido por ayuda material, el 10% recibe apoyo familiar percibido por retroalimentación, el 47% recibe apoyo familiar percibido por interacción familiar, se concluyó que solo se identifica la perspectiva del paciente, sin embargo es necesario realizar estudios que incluyan la perspectiva del familiar y evaluar así ambas partes.

García, Rodríguez y Garibo (2018), realizaron un estudio transversal y analítico, con el objetivo de determinar la relación entre control glucémico y apoyo familiar, participaron 690 individuos, 345 familiares de personas con diabetes y 345 pacientes con diabetes tipo 2, se aplicó el instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2, se encontró que 50,7% tenían

control glucémico, respecto al apoyo familiar, el 25,8 (89) presentaron un nivel medio, existe asociación positiva de descontrol metabólico respecto al apoyo familiar bajo y medio (*OR* 2,7, *IC* 1,233-5,94 $p=.013$); sin embargo, no se identificó asociación con el descontrol glucémico.

Osuji, Ojo, Sogunle, Egunjobi y Odebunmi (2018), llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de investigar la relación entre el control glucémico y el apoyo familiar percibido entre los nigerianos con diabetes mellitus tipo 2 en 316 adultos, se aplicó el instrumento perceived social support - family scale y el nivel de HbA1c se utilizó como indicador del control glucémico, se encontró asociación entre el apoyo familiar y el control glucémico $X^2 = 82.6$ y $X^2 = 134.16$, demostrando que los pacientes adultos tienen un mejor control que los jóvenes.

1.4.3 Salud Familiar

Ramírez, Valles y Trujillo (2020), realizaron un estudio transversal y correlacional con el objetivo de explicar el efecto del contexto, rutinas y funcionamiento familiar en la salud de familias mexicanas donde un integrante padece DT2, participaron 60 díadas familiares ($n=120$), conformadas por personas con DT2, el contexto familiar se midió con una cédula, dos escalas midieron rutinas, funcionamiento y salud familiar; en los resultados se encontraron interrelaciones significativas entre las variables del contexto (edad, años de estudio, tiempo de diagnóstico y tratamiento), rutinas y funcionamiento con la salud familiar $p<.0001$. El funcionamiento explicó el 39.1% y las rutinas el 18.8% de la varianza de salud familiar, se concluyó que la salud familiar está influenciada significativamente por rutinas y funcionamiento familiar.

Pérez, Rivera, Játiva y Mosquera (2017), en un estudio donde se analizó la disfunción familiar como factor limitante para un adecuado control glucémico en 104 participantes con DT2 en Ecuador. Los resultados muestran un predominio en el sexo femenino ($f=525$), la edad que

prevaleció fue de 62 años ($DE=13.08$), tenían 6 años de instrucción escolar (66%) y se desempeñaban a la agricultura ($f=75\%$). Respecto a la salud familiar en su dimensión funcional 94% presentó disfunción familiar, por género fue mayor en mujeres ($f=53\%$), de ellos 96% presentaron inadecuado control glucémico.

Mar, et al. (2017), realizaron un estudio con diseño transversal y correlacional, con el objetivo de analizar la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con DT2 en Tamaulipas, la muestra de estudio se formó por 100 participantes con diagnóstico de DT2 se utilizó el instrumento de automanejo en padecimientos crónicos Partners in Health Scale y el instrumento para evaluar la funcionalidad familiar APGAR familiar, se encontró que 57% de los pacientes tiene una percepción de disfuncionalidad familiar, en cuanto a la relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar fue positiva y significativa ($r= 0.246, p= 0.014$) sin embargo, se concluye que la familia debe incluirse en futuras investigaciones y en intervenciones que implementa el personal de enfermería, con el propósito de lograr un cambio de hábitos y estilos de vida que ayuden tanto al individuo como a la familia.

1.4.4 Estudios Cualitativos

Zenteno, Carreón, Martínez, García y García (2018), realizaron un estudio cualitativo utilizando teoría fundamentada, con una muestra de seis participantes a los que se les realizaron un promedio de dos entrevistas a profundidad, obtuvieron los siguientes resultados: una categoría central “Adaptación a la diabetes tipo 2” y cuatro categorías que la sustentan: soporte familiar; economía de la persona y la familia, aspectos laborales y apoyo espiritual, logrando la aproximación de teoría sustantiva de forma descriptiva al mencionar que la adaptación de la persona con DT2 se relaciona con el apoyo de su familia y apego a su espiritualidad.

Cortés, et al. (2016), realizaron un estudio sobre la experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2, un estudio descriptivo basado en la perspectiva de la teoría fundamentada con una muestra conformada por dos diadas familiares (informantes con DT2 y cuidadores principales), abordados a través de entrevistas guiadas en un único encuentro, para el análisis de la información utilizaron el método propuesto por Charmaz y obtuvieron los siguientes hallazgos: el análisis de la información les permitió obtener 3 categorías; asimilando la enfermedad, adaptándose a la enfermedad y buscando soluciones, los resultados evidencian la experiencia y sentimientos de la persona con DT2 y la familia resultan esenciales en el proceso de asimilación y adaptación a la enfermedad, dado que contribuye en la comprensión del desempeño de los roles.

Fernández et al. (2013), realizó un estudio sobre, Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar, estudio interpretativo llevado a cabo con 14 personas cuidadores, abordados a través de entrevista mediante preguntas guiadas, previo consentimiento informado, se realizó una transcripción de los datos, el resultado fueron cinco categorías: Tareas, valores, reconocimiento, apoyo al cuidado y medidas de mejora.

Pinzón, Aponte y Hernández (2013), realizaron un estudio descriptivo fenomenológico, para conocer la experiencia de los cuidadores informales con respecto al manejo cotidiano de la DT2, con una muestra conformada por 15 cuidadores elegidos a conveniencia, abordados a través de entrevistas a profundidad llevada a cabo en el domicilio de los participantes previo consentimiento informado y utilizando la metodología de Colaizzi obtuvieron los siguientes resultados: los cuidadores se caracterizaron por tener relación familiar en el cuidado de padres y esposos con DT2, con un tiempo promedio de 12 años de enfermedad, el análisis de las experiencias cotidianas de cuidar a personas con DT2 permitió establecer cuatro categorías:

comprensión de la enfermedad, prácticas de cuidado cotidiano, percepción de la enfermedad y necesidades de apoyo familiar y social. Evidenciando que las percepciones como la incertidumbre, el difícil manejo, la variabilidad de la enfermedad y los cambios del estilo de vida familiar, suelen ser predictores negativos que generan tensiones, alteraciones afectivas y de interrelación entre los miembros de la familia.

En resumen, los estudios relacionados muestran que existe un vínculo importante entre la salud familiar y el apoyo familiar, cuando se presentan relaciones de pertenencia, confianza así como disponibilidad de ayuda, dentro de los integrantes del núcleo familiar, mejorando así en los cambios en el estilo de vida.

1.5 Definición Operacional

1) Apoyo familiar: Redes de recurso emocional, instrumental e informacional para hacer frente a situaciones durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia en la persona adulta con DT2. Este concepto será medido con el instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2 (Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera, 2003).

2) Salud Familiar: Se refiere a los valores, sentimientos de bienestar o malestar, conocimientos respecto a la condición del integrante de la familia que padece DT2, las experiencias de bienestar o malestar que se viven en distintas situaciones de la vida familiar también involucran a los conocimientos sobre sí mismos que tienen los integrantes de la familia y para los otros integrantes, incluye los posibles problemas de salud y sus soluciones. Esta será medida con La Escala de Salud Familiar (Astedk-Kurki, Tarkka y Paavilainen (2009).

1.6 Objetivo General

Explicar la relación del apoyo familiar y salud familiar de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo una metodología mixta.

1.6.1 Objetivos Específicos

1. Describir el apoyo y salud familiar en familias que tienen al menos un integrante con DT2.
2. Relacionar el apoyo y salud familiar en familias que tienen al menos un integrante con DT2.
3. Determinar como se explica la variación existente entre salud familiar respecto al apoyo que tienen las familias que tienen al menos un integrante con DT2.
4. Explicar los significados y procesos de apoyo y salud familiar que viven las familias con DT2.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe inicialmente el diseño de estudio y población posteriormente la muestra, muestreo, criterios de elegibilidad e instrumentos, se presentan en las variantes cuantitativa (i) y cualitativa (ii) respectivamente; para finalizar se muestran las consideraciones éticas y la estrategia de análisis para ambos métodos.

2.1 Diseño del estudio

Se seleccionó un diseño mixto de tipo cuantitativo más cualitativo (CUANTI+cuali), (Morse, 2009; Plano Clark, 2007), con la finalidad de aumentar la validez externa de los hallazgos del estudio. Este diseño propone la realización de dos métodos diferentes examinando el mismo tema de forma simultánea hasta llegar a un punto de interfaz, que muestre las interrelaciones teórico-empíricas finales y derivadas de los hallazgos de la aplicación de ambos métodos.

2.2 Población

La población de interés son integrantes de familias de personas adultas con diabetes tipo 2 de población abierta.

2.3 Muestreo y Muestra

i) Desde el enfoque cuantitativo se llevará a cabo un muestreo por conveniencia, dado que se trata de población abierta se espera coleccionar un marco muestral que permitirá seleccionar aleatoriamente a los sujetos del estudio, en tal caso se realizará un muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula de cálculo de muestra para poblaciones infinitas a través de un análisis de potencia, considerando un nivel de significancia de .05, obteniendo la siguiente muestra:

Si el efecto estimado es de .40 y el poder estadístico de .60 con un alfa de .05 entonces la muestra estadística calculada es de $n= 61$

ii) Para el enfoque cualitativo el muestreo será por conveniencia y la muestra será teórica una vez que se alcance la saturación de la información (Morse, 2015), en caso de que no se llegue a saturar teóricamente, el muestreo se detendrá cuando se alcance el 10% de la muestra cuantitativa.

2.4 Criterios de Selección

2.4.1 Criterios de Inclusión

Familiares de personas con al menos un año de haber sido diagnosticados con DT2, cualquier género en edad de 20 a 60 años y que vivan dentro del mismo techo.

2.4.2 Criterios de Exclusión

Familiares de personas que tengan menos de un año de haber sido diagnosticados con DT2 de cualquier género en edades menores de 20 y mayores de 60 años.

2.4.3 Criterios de Eliminación

Familiares que presenten enfermedades que afecten y/o compliquen el manejo de la DT2, como deterioro cognitivo, hemiplejia, cuadriplejia, esquizofrenia u otras enfermedades mentales reportadas por el sujeto.

2.5 Instrumentos

i) Se utilizará una Cédula de Datos Sociodemográficos, instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2 y la Escala de Salud Familiar, para los datos cuantitativos, mismos que a continuación se describen.

2.5.1 Cédula de Datos Sociodemográficos

La cédula fue diseñada por Rosas y García, (2022), explícitamente para este estudio; está formada por dos secciones, A) datos de identificación: código familiar exclusivo para cada familia, edad, sexo, ocupación, estado civil, parentesco con el familiar con diabetes, número de horas que convive con el familiar con diabetes, grado de estudios, estado de residencia y ciudad donde reside; estos datos fungirán también como preguntas filtro de acuerdo a los criterios de elegibilidad, B) datos del familiar con DT2: tiempo con la enfermedad diagnosticada y tipo de tratamiento farmacológico.

2.5.2 Instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2

El instrumento se denomina apoyo familiar al diabético tipo 2 elaborado por Valadez et al. (2003), con el objetivo de evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2. El instrumento contiene 24 ítems, las áreas que explora se dividen en cuatro subescalas: 1) conocimiento sobre medidas de control (ítems:1,2,3,12,15,20); 2) conocimiento sobre complicaciones (ítems: 13,14,16,21,22,23); 3) actitudes hacia el enfermo (ítems: 6,9,10,18,19,24) y 4) actitudes hacia las medidas de control (ítems: 4,5,7,8,11,17). Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo likert con cinco posibles respuestas que van desde A= siempre, B= casi siempre, C= ocasionalmente, D= rara vez y E= nunca. De acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento, el apoyo familiar es clasificado en las categorías de alto, medio y bajo. Los rangos para cada categoría se determinan con base en el intervalo, que se calcula con el valor de la puntuación máxima (255), menos el valor de la puntuación mínima (51), entre las tres categorías (intervalo de 68). Los autores reportaron un alfa de .93 para todo el instrumento.

2.5.3 Escala de Salud Familiar

La escala de Salud Familiar de autoría de Astedt-Kurki et al. (2009), tiene la finalidad de medir la salud que hay en el interior de la familia. Esta escala se conforma de 23 ítems agrupados en cinco factores: 1) valores (ítems: 1,2,3,4,5,6); 2) bienestar (ítems:7,8,9,10); 3) conocimientos (ítems: 11,12,13,14,15,); 4) malestar (ítems: 16, 17, 18, 19,20) y 5) actividades (ítems: 21,22,23).

La escala va desde 1= Definitivamente de acuerdo, 2= desacuerdo, 3= algo en desacuerdo, 4= algo de acuerdo, 5= de acuerdo y 6= definitivamente de acuerdo. El puntaje del instrumento va desde 23 a 138, donde a mayor puntaje, mejor salud familiar, tiene cinco puntos de corte que van de 23-46 mala, 47-69 regular, 70-92 buena, 93-115 muy buena y 116-138 excelente. Los autores Asted-Kurki et al. (2009), realizaron un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para cada escala, todas mostraron una validez y confiabilidad aceptables, con un alfa de cronbach de .76 a .98, en familias de Finlandia, de esta manera se ha aplicado en población de América del Norte y mexicana con una validez satisfactoria y alfa de cronbach de .73, .95, .88 y .89 (Ostergaard, Pedersen, Lauridsen, Norgaard y Jeune, 2017).

ii) Para la recolección de datos cualitativos se emplearán entrevistas semiestructuradas, mismas que diligenciará el investigador principal, y que fue creada por Rosas y García (2022), con fines de este estudio, como a continuación se muestra.

2.5.4 Entrevistas Semiestructuradas

Se diseñó una guía de entrevista semiestructurada, con un total de 11 preguntas, clasificadas de acuerdo con (Morse, 2015), en: Preguntas de antecedentes: ¿Cuánto tiempo tiene su familiar con el diagnóstico de diabetes?, ¿Cómo se enteraron de que su familiar tenía diabetes? ¿Qué sintió usted al enterarse que su familiar tenía diabetes?, ¿me podría platicar a cerca del día que le diagnosticaron diabetes a su familiar?, ¿Cuál es su experiencia como familia desde el diagnóstico

de diabetes?), estas preguntas intencionadas a conseguir la descripción global de los participantes con relación a sus experiencias de convivir con un familiar con Diabetes.

Preguntas de Proceso: ¿Cómo describe su vida antes y después de que le diagnosticaran diabetes a su familiar? ¿Cómo hacen para cuidarse de la diabetes unos a otros?, ¿considera que lo que narra puede interpretarse como apoyo/salud familiar?, ¿Podría describir alguna narración sobre las formas que se representa el apoyo? ¿Qué ha sido lo más fácil y difícil para ustedes en el proceso de la diabetes?), estas preguntas permiten identificar en los participantes experiencias detalladas de la vida familiar con una persona con diabetes tipo 2.

Preguntas de expresión de sentimientos: ¿Haz realizado algún cambio de vida familiar desde que viven con diabetes ¿Cómo considera que en su familia se han vivido las emociones a raíz de que su familiar padece diabetes?

Preguntas de cierre: ¿Existe alguna experiencia que desee compartir? para permitir a los participantes exponer vivencias que deseen compartir y que se hayan omitido durante la entrevista.

2.6 Procedimientos

Se solicitará revisión y aprobación del Comité Académico de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

i) El reclutamiento de los participantes para obtener los datos cuantitativos se realizó mediante la siguiente estrategia:

Se difundió un cartel a través de redes sociales la invitación para poder participar en el proyecto de manera voluntaria.

Una vez captados los posibles voluntarios, se les explicó sobre el proyecto, en caso de tener el interés y ser aptos dentro de los criterios de inclusión se les proporcionó en enlace con el formulario y las instrucciones correspondientes.

Personas que no cumplieron con los criterios de inclusión o decidieron no participar se les agradeció por el tiempo brindado.

Una vez que se mandó el enlace para la aplicación del instrumento; la investigadora quedó atenta para cualquier duda o pregunta que tuvieran al respecto; al finalizar la aplicación se verificó que todos los instrumentos estuvieran correcta y completamente llenos.

ii) El reclutamiento de los participantes para obtener los datos cualitativos consistió en difusión a través de un cartel promocional sobre el proyecto de investigación en redes sociales como facebook, instagram y whatsApp, una vez captados los posibles participantes, se les explicó sobre el proyecto y de seguir interesados se acuerdo cita para la sesión de la entrevista.

Posteriormente las entrevistas semiestructuradas se realizaron por la investigadora principal, asistida de un auxiliar de investigación que fungió como observador y asistente técnico. Las entrevistas se realizaron mediante la plataforma zoom, mismas que fueron audiograbadas, durante y al finalizar la entrevista se tomaron notas en memos que se emplearon para el análisis de los datos junto con las transcripciones de las entrevistas.

2.7 Ética del Estudio

La presente investigación se realizó de acuerdo con lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014). Se considerarán los siguientes apartados, respecto al Artículo 14, fracciones I, III, V y VI, se contará con el consentimiento informado por escrito de los participantes y la aprobación del Comité Tutorial de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y de la Unidad de Medicina Familiar pública del Sector Salud, conforme al Artículo 13, en la selección se garantizará el respeto al trato con dignidad a los pacientes y la protección a mantener íntegros sus derechos y promover su bienestar, de la misma manera de acuerdo con el Artículo 16 se respetará la privacidad en el anonimato de los participantes, en la cédula de datos no se pondrá nombre completo si no un número de folio para identificar a la familia. La investigación se considera de riesgo mínimo según la clasificación que establece el artículo 17 Fracción II. Con relación con el Artículo 18, se brindará a la persona la libertad de retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo considera, también exhorta a que el investigador en cualquier momento detenga los procedimientos si considera que la salud de los participantes está en riesgo. Como lo menciona el Artículo 20, el participante contará con consentimiento informado por escrito con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. De acuerdo al Artículo 21, en sus fracciones I, II, III, VI, VII, VIII ,IX y XI, cada participante recibirá una explicación clara y concisa sobre el propósito de la investigación, los procedimientos que se realizarán, incluyendo la garantía de que se atenderán dudas que se le presenten respecto a la investigación y sobre se respetará la decisión de retirarse en cualquier momento que lo considere apropiado, se entregará una copia del consentimiento informado elaborado por el investigador y

firmado por los participantes voluntariamente y por dos testigos, incluyendo únicamente la fecha y la firma de los involucrados para garantizar la protección de su privacidad.

2.8 Plan de Análisis

i) Los datos cuantitativos se capturaron y analizaron en el programa Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24 para iOS, se editaron a través de la paquetería office para presentar textos, cuadro y gráficos. Para responder al objetivo específico 1 se emplearon frecuencias, porcentajes, medidas de tendencial central y dispersión; para el objetivo 2 se realizarán correlaciones de Pearson o Spearman de acuerdo con la distribución de los datos dada por la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov; para el objetivo 3 se empleó un modelo de regresión lineal simple.

ii) Para el análisis de datos cualitativos se utilizó teoría fundamentada constructivista propuesta por Charmaz (2014), quien sugiere el análisis de los datos en dos grandes fases: Codificación inicial y Codificación teórica, mismas que a continuación se describen

En la primera fase codificación inicial, todas las entrevistas fueron grabadas e inmediatamente se realizó la transcripción en un procesador de textos (Microsoft Word) por ambos investigadores se revisó la ortografía y signos de puntuación.

Para la codificación abierta se identificaron datos palabra por palabra, línea por línea, segmento por segmento y evento por evento al realizar la comparación y contrastación constante de los mismo se identificaron los códigos más frecuentes y significantes que a su vez generaron códigos axiales. La codificación teórica se realizó a partir de la matriz de condicional-consecuencial para generar códigos teóricos mismos que conformaron la categoría central. como se representa en la figura 4.

2.9 Resultados de la Prueba Piloto

i) El piloteo cuantitativo se realizó con 28 sujetos de población abierta reclutados vía electrónica mediante diferentes redes sociales. La muestra estuvo conformada por 10 familias con un total de 28 participantes, de los cuales el 71.4% correspondió al sexo femenino; nieto (a) es el parentesco que predominó más, el 53% convive un promedio de 3 a 9 horas con su familiar, respecto a la ocupación, el mayor porcentaje se centra entre ama de casa y estudiante, el 39% son solteros y el 60% de la población cuenta con educación media, la mitad de la población tienen más de 20 años con el diagnóstico de DT2, el 89% de la población lleva un tratamiento siendo predominante el uso de medicamentos

De igual manera, la consistencia interna de los instrumentos fue de .920 alfa de cronbach para la Escala de Salud Familiar y de .845 para el instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2, ambos instrumentos se consideran con congruencia interna aceptable, según los estándares de Polit y Beck (2012).

Los cambios efectuados posteriores a la aplicación de la prueba piloto fueron los siguientes:

Elaboración de preguntas que funcionen como filtros, para detectar si el familiar tiene alguna enfermedad y vive dentro del mismo techo para así respetar los criterios de selección.

Especificar en las instrucciones de los ítems sobre los datos de la persona que debe responder.

Capítulo III

Resultados

A continuación se muestran los resultados de la prueba final, inicialmente se presentan los resultados cuantitativos, como estadísticos descriptivos, confiabilidad de los instrumentos y estadística inferencial con la prueba de normalidad y correlaciones. Posteriormente se presentarán los resultados cualitativos así como la categoría final.

3.1 Progresión del Diseño

Ingresaron al estudio 59 participantes, los cuales fueron seleccionados por muestreo por conveniencia; familiares de personas con al menos un año de haber sido diagnosticados con diabetes tipo 2 que cumplieran con los criterios de selección.

3.2 Características Sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 33 familias con un total de 59 participantes, de los cuales el 62% correspondió al sexo femenino; hijo (a) es el parentesco que predominó más, el 42% convive un promedio de 6 a 9 horas con su familiar, respecto a la ocupación, el mayor porcentaje se centra entre ama de casa y obrero (a), el 55% son casados y el 67% de la población cuenta con educación media superior. (Tabla 1).

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los familiares

	Variable	<i>f</i>	%
Sexo	Hombre	22	37.3
	Mujer	37	62.7
Edad	20 - 30	19	32.2
	31 - 41	14	23.8
	51 - 60	26	44
Parentesco	Hijo (a)	25	42.4
	Cónyuge	13	22
	Nieto (a)	8	13.5

Nuera	7	11.9
Mamá	2	3.4
Papá	2	3.4
Hermano (a)	1	1.7
Sobrino (a)	1	1.7
<hr/>		
Número de horas de convivencia		
Menos de 3 horas	8	13.5
3 a 6 horas	6	10.2
6 a 9 horas	25	42.4
9 a 12 horas	3	5.1
Más de 12 horas	17	28.8
<hr/>		
Ocupación		
Ama de casa	15	25.4
Estudiante	8	13.6
Jubilado (a)	1	1.7
Obrero (a)	614	23.7
Profesionista	9	15.3
Trabajador indendiente	12	20.3
<hr/>		
Estado civil		
Casado (a)	33	55.9
Soltero (a)	19	32.2
Unión libre	7	11.9
<hr/>		
Grado de estudios		
Primaria	3	5.1
Secundaria	12	20.3
Bachillerato	28	47.5
Licenciatura	12	20.3
Maestría	3	5.1
Doctorado	1	1.8

Nota: f =frecuencia

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos

En la tabla 2 se observa que el 83% la población tiene menos de 20 años con el diagnóstico de DT2 y el 100% de la población lleva un tratamiento siendo predominante el uso de medicamentos.

Tabla 2
Datos referidos por el entrevistado respecto al familiar con Diabetes Tipo 2

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Años de diagnóstico		
1 a 5 años	7	11.9
6 a 10 años	25	42.4
11 a 15 años	9	15.3
16 a 20 años	8	13.6
Más de 20 años	10	16.8
Lleva tratamiento el familiar con DT2		
No	0	0
Si	59	100
Tratamiento por insulina		
No	23	82.1
Si	5	17.9
Tratamiento por pastillas		
No	4	6.8
Si	55	93.2
Tratamiento naturista/homeópata		
No	56	94.9
Si	3	5.1
Tratamiento con ejercicio		
No	45	76.3
Si	14	23.7
Tratamiento con dieta		
No	24	40.7
Si	35	59.3

Nota: f=frecuencia

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos

3.3 Confiabilidad del Instrumento

Para determinar la fiabilidad de los instrumentos, se empleó el estadístico de consistencia interna, coeficiente alfa de cronbach, los resultados demostraron tener un alfa de .87 y .84, lo que ubica a los instrumentos como confiables y aceptables para su aplicación (Polit y Beck, 2012).

Tabla 3

Consistencia interna de los instrumentos Salud Familiar y Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2

Instrumentos	Ítems	α
Escala de Salud Familiar	23	.874
Apoyo Familiar	24	.848

Nota: α = alfa de cronbach

Instrumento: Escala de Salud Familiar y Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2

3.4 Estadística Inferencial

Para dar respuesta al objetivo 3, se utilizó estadística inferencial, en un primer momento se determinó analizar la distribución de los datos a través de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, en el cual se obtuvo un valor de $p=.058$ y $p=.200$ lo que indica una distribución normal, de manera que se determina utilizar estadística paramétrica.

Tabla 4

Prueba Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Salud Familiar	.113	59	.058
Apoyo Familiar	.089	59	.200*

En este orden de ideas, se utilizó el estadístico paramétrico Correlación Producto-Momento de Pearson para buscar correlaciones entre las variables de estudio, los resultados expusieron que no

existe una relación estadísticamente significativa entre la Salud familiar y el Apoyo Familiar ya que el valor de $p=.224$, así mismo el coeficiente de correlación presenta un valor de $r=.161$ lo que indica una correlación baja.

Tabla 5
Correlaciones

		Salud Familiar	Apoyo Familiar
Salud Familiar	Correlación de Pearson	1	.161
	Sig. (bilateral)		.224
	N	59	59
Apoyo Familiar	Correlación de Pearson	.161	1
	Sig. (bilateral)	.224	
	N	59	59

Nota:

En el siguiente diagrama de dispersión simple, se presenta la correlación de las variables, se puede apreciar una correlación positiva, sin embargo, la magnitud es baja ya que la fuerza de asociación entre las variables se encuentran dispersos dentro de la nube.

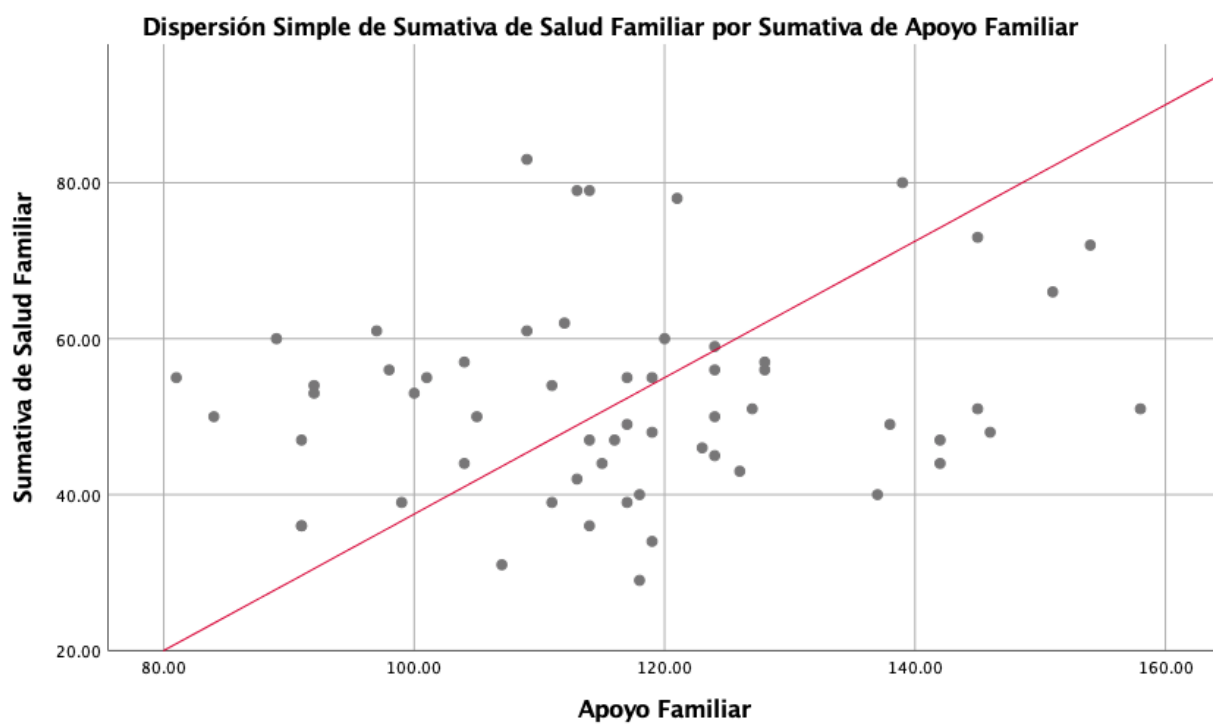


Figura 4. Diagrama de Dispersión Simple

ii) A continuación se muestran los datos cualitativos obtenidos de 6 entrevistas que arrojaron 240 minutos de grabación con 50 cuartillas de transcripción.

3.5 Características sociodemográficas

Los 6 participantes 4 fueron mujeres y 2 hombres, presentaron una edad media de 38 años, el nivel mínimo de escolaridad en 2 participantes y el nivel máximo fue maestría en 2 participantes, con relación al estado civil la mayoría se encuentra casada y la religión predominante fue católica, todos los participantes tienen algún parentesco cercano con personas con diabetes tipo 2 (Ver tabla 6).

Tabla 6. Datos Sociodemográficos

Participante	Sexo	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Religión	Ocupación	Parentesco
1	Fem	25	Licenciatura	Unión libre	Católica	Ama de casa	Sobrina
2	Fem	52	Secundaria	Casada	Cristiana	Ama de casa	Nuera
3	Masc	27	Maestría	Soltero	Católica	Investigación	Hijo
4	Masc	36	Maestría	Soltero	Católica	Profesor	Nieto
5	Fem	52	Secundaria	Casada	Católica	Ama de casa	Esposa
6	Fem	30	Preparatoria	Casada	Católica	Empleada	Hija

Fuente: Rosas y García 2022

3.6 Codificación inicial

El análisis inicial generó 131 códigos iniciales que dieron origen a 23 códigos focales que a su vez estos dieron lugar a 13 códigos axiales como se muestra en la Tabla 2, en el análisis conceptual se obtuvieron 3 códigos teóricos que a su vez generaron una categoría central. (Ver figura 4).

1	Actuando
2	Actuando
3	Aceptando
4	Acompañando
5	Acompañando
6	Adaptando
7	Adaptando
8	Adaptando
9	Afectando
10	Afrontando
11	Afrontando
12	Agradeciendo
13	Ajustando
14	Ajustando
15	Analizando
16	Analizando
17	Analizando
18	Analizando
19	Analizando
20	Aprenderando
21	Aprenderando
22	Aprenderando
23	Asistiendo
24	Asistiendo
25	Asistiendo
26	Asistiendo
27	Asistiendo
28	Buscando
29	Buscando
30	Cambiando
31	Cambiando
32	Colaborando
33	Complicando
34	Complicando
35	Complicando
36	Conduciendo
37	Conduciendo
38	Conduciendo
39	Conduciendo
40	Conduciendo
41	Conscientizando
42	Conscientizando
43	Considerando
44	Considerando
45	Controlando
46	Cooperando
47	Cooperando
48	Cuidando
49	Cuidando
50	Culpando
51	Delegando
52	Delegando
53	Delegando
54	Desahogando
55	Desahogando
56	Desahogando
57	Desahogando
58	Educando
59	Ejemplificando
60	Empujando
61	Empujando
62	Entregando
63	Esperando
64	Esperando
65	Esperando
66	Evaluando
67	Experimentando
68	Experimentando
69	Experimentando
70	Experimentando
71	Gestionando
72	Habituando
73	Identificando
74	Identificando
75	Impulsando
76	Impulsando
77	Incluyendo
78	Incluyendo
79	Informando
80	Insistiendo
81	Interactuando
82	Interactuando
83	Interactuando
84	Limitando
85	Modificando
86	Monitoreando
87	Monitoreando
88	Narrando
89	Negando
90	Negando
91	Negando
92	Ocultando
93	Participando
94	Participando
95	Participando
96	Participando
97	Perseguendo
98	Procesando
99	Procesando
100	Procesando
101	Procesando
102	Procesando
103	Proponiendo
104	Proponiendo
105	Reafirmando
106	Reafirmando
107	Reconociendo
108	Reconociendo
109	Relacionando
110	Relacionando
111	Relacionando
112	Reservando
113	Reservando
114	Resolviendo
115	Resolviendo

Códigos Focales

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	2	

3.7 Matriz Condicional-Consecuencial

Para la progresión teórica de los conceptos se presentan en la matriz Condicional-Secuencial como lo propone Strauss y Corbin (2002).

Tabla 7. Progresión del Código Teórico

Código axial: Aceptando el diagnóstico – Acompañando en el proceso			Código teórico
Condiciones	Acciones	Consecuencias	
Experimentan en familia sentimientos de tristeza, preocupación o angustia ante el diagnóstico de diabetes.	Aceptación del diagnóstico y determinación durante el proceso de la enfermedad.	Modifican de manera conjunta estilos de vida y adoptan hábitos saludables, de manera que todos toman el rol de “personas con diabetes”	Forman parte de la enfermedad

Fuente: Rosas y García 2022

Forman parte de la enfermedad: Conjunto de sentimientos y emociones que experimentan como familia al enterarse del diagnóstico de diabetes, todos los integrantes se reconocen como enfermos y se apoyan mutuamente en el proceso.

Códigos in vivo:

P06, E1: *“pues se siente a la vez, se siente, se siente uno mal, siente uno feo, pero pues es una enfermedad que está y que pues no podemos evitar de alguna manera”*

P01, E1: *“Entonces, pues sí, este “fue algo duro al momento” pero pues luego este, pues tratamos de animarla y todo eso para que pues no se sintiera tan, tan mal”*

P06, E1: *“pues ahora sí, ya incluimos un poquito más de verduras y este menos azúcar, menos sal y pues lo que más se pueda cuidarse a veces se cuida uno lo más que puede uno”*

P03, E1: *“Pues tratamos de comer sano, [este...] el no consumir, azúcar, sal, verduras de [este...] comer, verduras, frutas y la carne, pues como dicen los doctores, ¿no? pues del pedacito”*

P05, E1: *“Fundamentalmente cuidamos mucho nuestra alimentación. Cada tercer día tomarnos una. La muestra de (de) niveles de glucosa en sangre”*

Tabla 8. Progresión del Código Teórico

Código axial: Adaptando a los cambios – Apoyando en el proceso			Código teórico
Condiciones	Acciones	Consecuencias	
Viven en un constante apoyo familiar, para facilitar el proceso de la diabetes	Aceptación de los nuevos retos y cambios dentro de las rutinas y costumbres familiares, la familia se muestra empática hacia la personas con diabetes.	Asumen responsabilidades de manera conjunta y muestran disponibilidad de apoyo para que se le faciliten los cambios a la persona con diabetes.	Se ayudan mutuamente

Fuente: Rosas y García 2022

Se ayudan mutuamente: Ajuste a las situaciones por parte de los integrantes a nuevos estilos de vida, se acostumbran a nuevas maneras de vivir, ayudando a la persona con diabetes e influyendo en las diversas adopciones de costumbre y estilos de vida.

Códigos invivo:

P05: *“Sobre todo por ejemplo, cuidando mucho en la cuestión de [eh...] su piel, que come, por ejemplo, a media mañana, que ya no acostumbra a almorzar.pueda comer algo, ¡no siempre! que finalmente le mantengan los niveles equilibrados [eh...] Y que de una u otra manera, pues también impacte en el estado de ánimo, porque a veces sí pareciera que cae en una cierta (en una cierta) tristeza o en un desánimo”*

P02: Otra vez me tienen que cuidar otra vez pastillas y otra vez. Entonces, pues sí, este *“fue algo duro al momento”* pero pues luego este, pues tratamos de animarla y todo eso para que pues no se sintiera tan. Tan, tan mal, porque pues le digo, no es la única enfermedad que tiene entonces pues sí, estamos aquí apoyándola.

Tabla 9. Progresión del Código Teórico

Código axial: Atendiendo necesidades – Cuidando la salud			Código teórico
Condiciones	Acciones	Consecuencias	
Participan en la adopción de nuevos estilos de vida familiar, se cuidan los unos a los otros para prevenir la enfermedad entre los demás integrantes de la familia.	Análisis y ejecución de acciones que conlleven a la modificación de conductas y rutinas familiares	Facilitan el proceso en la adopción de conductas y estilos de vida saludables, así como acciones preventivas que cuiden la salud de todos los integrantes de la familia.	Intervienen en los cambios

Fuente: Rosas y García 2022

Se ayudan mutuamente: Acciones de cuidado que realizan como familia para colaborar en la satisfacción de las necesidades que la persona con diabetes precisa, estas pueden ser de tipo físico, material o emocional, la familia se encuentra en disposición de realizar cambios en las rutinas familiares sin que la persona con diabetes se sienta excluida

Códigos invivo:

P02, E1: *“Ya después de la enfermedad, pues ya dijimos, Vamos a bajarle al azúcar a la sal”.*

P05, E1: *“Todos empezamos a comer lo mismo, todos empezamos a comer a la misma hora. Y sobre todo, bajamos mucho el consumo de ciertos productos.*

procuramos igualmente. Cada tercer día tomarnos una. La muestra de (de) niveles de glucosa en sangre”.

3.8 Categoría Central

De esta manera posterior al análisis de la matriz condicional-consecuencial se obtuvo la categoría central que se presenta en la figura número

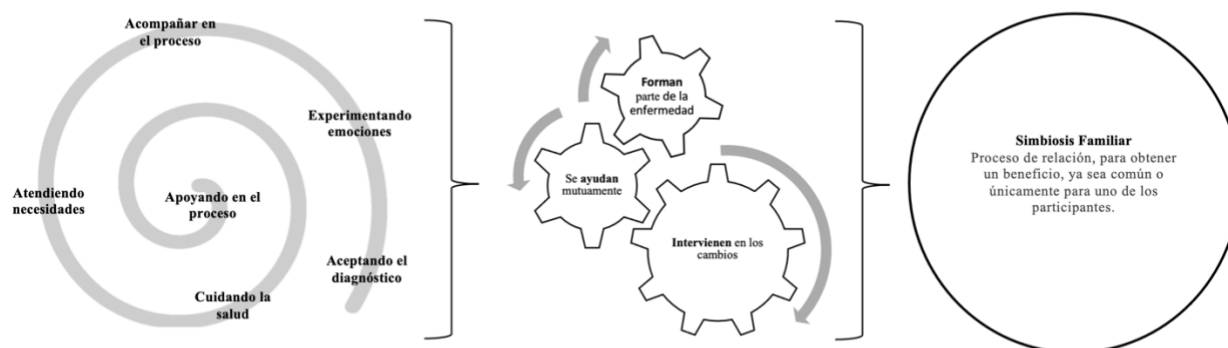


Figura 6. Proceso de Simbiosis Familiar

Fuente: Rosas y García 2022

En la Figura 5, se representa el proceso de Simbiosis Familiar en la Diabetes Tipo 2, el cual se interpreta como un proceso de relación, en el cual dos o más personas se unen o interactúan entre sí con distintos niveles de cooperación para obtener un beneficio, ya sea común o únicamente para uno de los participantes, de esta manera en la familia este fenómeno se manifiesta cuando sus miembros se acaparan entre sí de manera completa hasta llegar al punto de que no pueden hacer nada el uno sin el otro; no hay tiempo ni atención para otros asuntos, han pasado de ser un grupo de personas.

Capítulo IV

Discusión

No se encuentran correlaciones entre las variables de estudio (García, Rodríguez y Garibo, 2018), la información sobre este fenómeno no es amplia, ya que se ha investigado extensamente sobre el apoyo social y salud a través de diferentes variables, sin embargo, la familia se queda de lado al ser analizada desde el apoyo salud familiar (Mayberry et al., 2014).

Sin embargo, desde la perspectiva cualitativa la adaptación y cuidado de la persona con DT2 se relaciona con el apoyo de su familia (Zenteno, et al. 2018) y los cambios dentro del núcleo familiar suelen ser predictores negativos que generan tensiones en las relaciones de los miembros de la familia (Pinzón et al. 2013).

Conclusión

En este estudio se alcanzó el objetivo general sobre explicar la relación del apoyo familiar y salud familiar de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo una metodología mixta, se identifica que no existen correlaciones entre las variables desde la perspectiva cuantitativa sin embargo desde la perspectiva cualitativa si existen vínculos. Por ello el estudio mixto resulta pertinente para cuestionar las variables; valdría la pena a futuro estudiar las subcategorías que surgieron de este estudio.

Referencias

- Astedt-Kurki, P., Marja-Terttu, T., Marjo-Riitta, R., Lehti, K. y Paavilainen, E. (2009). Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 350-359.
- Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.01.008>
- Cortés Barragán B, Tzontehua Tzontehua I, Ramírez Girón N, García Solano B. Experiencia de vivir con un integrante de la familia con diabetes tipo 2. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.* 2016; 6(3):28-37
- Denham, S. A. (2003). *Family Health: A Framework for Nursing*. Recuperado de <http://www.diabetesfamily.net/family/family-health-model/textbook/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (2020). Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Fawcett, J. (2016). *Applying Conceptual Models of Nursing: Quality Improvement, Research, and Practice*. Springer published. ISBN: 978-0-8261-8005-6.
- Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2021) *IDF Atlas de Diabetes, Décima Edición*. Recuperado de <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Federación Mexicana de Diabetes (FMD, 2019) *La diabetes en el entorno familiar* <http://fmdiabetes.org/diabetes-en-el-entorno-familiar/>
- Fernández Lao, I., Silvano Arranz, A. y Pino Berenguer, M. Del. (2013). Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 12-15. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>

- García Morales G., Rodríguez Pascual A. y Garibo Polanco R.E. (2018). Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco, Guerrero, México. *Aten Fam.* 2018;25(1):27-31.
- Mar García, J., Peñarrieta de Córdova, I., León Hernández, R., Gutiérrez Gómez, T., Banda González, O., Rangel Torres, S., León Ramírez, M. de. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería universitaria*, 14(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
- Morse, J. M. & Niehaus, L. (2009). *Mixed-method design: Principles and procedures*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press/Routledge.
- OMS. Informe Mundial sobre la diabetes (2016). Recuperado de <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Osuji, N. A., Ojo, O. S., Sogunle, P.T., Egunjobi, A. O. y Odebunmi O.O. (2018). Relationship between glycemic control and perceived family support among people with type 2 diabetes mellitus seen in a rich kinship network in Southwest Nigeria. *Family Medicine and Community Health*, 6 (4) 168 – 177. Recuperado de <https://www-scopus-com.proxydgb.buap.mx/record/display.uri?eid=2-s2.0-85063032822&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=3e02dce19d67e143bc84ccce89b2ea02&sot=b&sdt=b&sl=65&s=TITLE%28Relationship+between+glycemic+control+and+perceived+family%29&relpos=0&citeContent=0&searchTerm=>
- Pelcastre Neri, A. y Reynoso Vázquez, J., López Pontigo, L. y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). El Programa de Enriquecimiento Instrumental (PEI) como una propuesta para intervención educativa en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y en sus

familiares del ámbito cotidiano. *Journal of Negative & no Positive Results*, 5(4),436-447.

ISSN: 2529-850X. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5645/564564530006>

Polit, D. F., & Beck, Ch.T. (2012). *Nursing Research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9/Paperback

Reynoso Vázquez, Josefina, Hernández-Rivero, Erik, Martínez-Villamil, Mirel, Zamudio-López, Jennifer Lisaid, Islas-Vega, Iracema, Pelcastre-Neri, Aldo, Garnica-Guerrero, Beatriz, Ruvalcaba-Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La atención en casa: el apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Hospital a Domicilio*, 4(4), 199-207. Epub 23 de noviembre de 2020.<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118>

Ríos González, C. M., Espínola Chamorro, C. C. (2020). Apoyo familiar y control glicémico en pacientes diabéticos de un Hospital de III Nivel de atención de Paraguay. *Revista del Nacional (Itaiguá)*, 12(1), 28-41. Epub June 00, 2020.<https://dx.doi.org/10.18004/rdn2020.0012.01.028-041>

Secretaria de Salud (SSA). (2020). Boletín Epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia, semana epidemiológica Sem. 53
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/historico-boletin-epidemiologico>

Secretaria de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud. Recuperado de
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Zenteno M.A., Carreón T., Martínez C., García B. y García G. Proceso de vivir con Diabetes tipo 2 de la persona y la familia: Una Teoría Fundamentada. *Cuidarte*. 2018; 7(14): 6-17.
DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2018.7.14.69139>

Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Cédula de Datos Sociodemográficos
(Rosas y García 2022).

Instrucciones: Por favor llene los espacios en blanco y marque con la información que considere adecuada de acuerdo con su situación actual.

A) Datos de identificación

Número de código familiar _____

Edad (años cumplidos) _____

Sexo:

1. Hombre
2. Mujer
3. Otro _____

Ocupación:

1. Desocupado (a)
2. Trabajador independiente
3. Estudiante
4. Obrero (a)
5. Ama de casa
6. Jubilado (a)

Estado civil:

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Divorciado (a)
4. Viudo (a)
5. Unión libre

B) Datos del integrante con DT2

Tiempo con la enfermedad diagnosticada:

1. 1 año a 5 años
2. 6 años a 10 años
3. 11 años a 15 años
4. 16 años a 20 años
5. Más de 20 años

Tipo de tratamiento farmacológico

1. Insulina _____
2. Pastillas _____
3. Naturista/homeópata _____
4. Ejercicio _____
5. Dieta _____

Parentesco con el familiar con diabetes:

1. Papá
2. Mamá
3. Cónyuge
4. Hijo (a)
5. Nuera
6. Yerno
7. Hermano (a)
8. Tío (a)
9. Sobrino (a)
10. Primo (a)
11. Nieto (a)
12. Otro _____

Número de horas que convive con su familiar al día:

1. Menos de 3 horas
2. 3 a 6 horas
3. 6 a 9 horas
4. Más de 9 horas

Grado Máximo de Estudios:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Bachillerato
4. Licenciatura
5. Maestría
6. Doctorado
7. Postdoctorado

Estado de residencia: _____

Ciudad donde reside: _____

Apéndice B

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Instrumento Apoyo Familiar al Diabético Tipo 2
(Valadez, Alfaro, Centeno y Cabrera, 2003).

El siguiente instrumento evalúa y permite conocer el apoyo familiar hacia el enfermo con diabetes tipo 2.

Por favor, seleccione 1 de las 5 opciones de respuesta, que le parezca más conveniente.

	Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Rara vez	Nunca
1. El diabético descontrolado llega a tener gangrena en los pies	5	4	3	2	1
2. El diabético debe en su casa medirse el azúcar en la sangre	5	4	3	2	1
3. Son comunes las infecciones en los diabéticos	5	4	3	2	1
4. La preparación de los alimentos del enfermo diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	5	4	3	2	1
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
c) La hija/o mayor	5	4	3	2	1
d) Otra persona	5	4	3	2	1
5. La administración de la medicina al paciente diabético es realizada por					
a) El paciente mismo	5	4	3	2	1
b) El cónyuge	5	4	3	2	1
6. Usted está de acuerdo que para mantenerse en control el enfermo diabético tiene que					
a) Tomar sus medicinas	5	4	3	2	1
b) Llevar su dieta	5	4	3	2	1
c) Hacer ejercicio	5	4	3	2	1
d) Cuidar sus pies	5	4	3	2	1
e) Cuidar sus dientes	5	4	3	2	1
7. Le ayuda a entender las indicaciones del médico	5	4	3	2	1
8. Cuando su familiar enfermo come más alimentos de los indicados usted					
a) Le recuerda el riesgo	5	4	3	2	1
b) Le retira los alimentos	5	4	3	2	1
c) Insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
d) No dice nada	5	4	3	2	1
9. Se da usted cuenta cuando a su familiar se le olvida tomar su medicina	5	4	3	2	1
10. Considera que es problema preparar la dieta de su familiar diabético					
a) Porque no sabe	5	4	3	2	1

b) Porque le gusta	5	4	3	2	1
c) Porque le quita tiempo	5	4	3	2	1
d) Porque cuesta mucho dinero	5	4	3	2	1
11. Qué hace usted cuando su familiar diabético suspende el medicamento sin indicación médica					
a) Le recuerda	5	4	3	2	1
b) Le insiste tratando de convencerlo	5	4	3	2	1
c) Le lleva la medicina	5	4	3	2	1
d) Lo regaña	5	4	3	2	1
e) Nada	5	4	3	2	1
12. Pregunta al médico sobre las diferentes combinaciones de alimentos para su familiar	5	4	3	2	1
13. Considera necesario que el diabético acuda al dentista	5	4	3	2	1
14. Motiva a su familiar a hacer ejercicio (caminar)	5	4	3	2	1
15. El ejercicio físico baja la azúcar	5	4	3	2	1
16. A los enfermos diabéticos puede bajárseles la azúcar	5	4	3	2	1
17. La azúcar en la sangre debe medirse antes de los alimentos	5	4	3	2	1
18. Procura tenerle a su familiar diabético los alimentos que requiere a sus horas	5	4	3	2	1
19. Cuando el paciente tiene cita con el médico para su control usted					
a) Lo acompaña	5	4	3	2	1
b) Le recuerda su cita	5	4	3	2	1
c) Está al tanto de las indicaciones	5	4	3	2	1
d) No se da cuenta	5	4	3	2	1
20. Conoce la dosis de medicamento que debe tomar su familiar	5	4	3	2	1
21. Plática con el médico acerca de la enfermedad y las indicaciones que le dieron a su familiar	5	4	3	2	1
22. ¿Su familiar diabético toma alguna otra cosa para su control aparte del medicamento?					
a) Té	5	4	3	2	1
b) Homeopatía	5	4	3	2	1
c) Remedios caseros	5	4	3	2	1
23. Considera necesario para el cuidado de los pies del diabético					
a) El uso de calzado adecuado	5	4	3	2	1
b) El uso de talcos	5	4	3	2	1
c) El recorte adecuado de uñas	5	4	3	2	1
d) Que evite golpearse	5	4	3	2	1
24. Su familiar diabético se encuentra en la casa solo	5	4	3	2	1

Apéndice C

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Escala Salud Familiar
(Ástedt-Kurki et al., 2009).

El siguiente instrumento refleja los comportamientos de salud familiar; considerar las actividades que realiza su familia en conjunto.

Por favor, seleccione 1 de las 6 opciones de respuesta, que le parezca más conveniente.

Ítem	Salud Familiar	Definitivamente en desacuerdo	Desacuerdo	Algo de desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo
1.	En mi familia hablamos libremente y sin miedo.	1	2	3	4	5	6
2.	Nos sentimos seguros como una familia.	1	2	3	4	5	6
3.	En nuestra familia tenemos un sentido del humor parecido.	1	2	3	4	5	6
4.	Nos reímos de las mismas cosas.	1	2	3	4	5	6
5.	Las bromas entre nuestra familia nos ayudan a superar situaciones difíciles.	1	2	3	4	5	6
6.	En nuestra familia es importante la cercanía.	1	2	3	4	5	6
7.	No siento molestias con frecuencia.	1	2	3	4	5	6
8.	Aunque tengo diabetes, el azúcar no me sube ni baja frecuentemente.	1	2	3	4	5	6
9.	Mi diabetes no me preocupa.	1	2	3	4	5	6
10.	Aunque tengo diabetes, nuestra vida familiar no es complicada.	1	2	3	4	5	6
11.	Es parte de mi diabetes tener malestares ocasionales.	1	2	3	4	5	6
12.	Mi familia se preocupa cuando tengo molestias.	1	2	3	4	5	6
13.	Las preocupaciones por mi diabetes causan estrés en mis familiares.	1	2	3	4	5	6
14.	Siento molestias cuando me preocupo por lo que le pasa a mis familiares.	1	2	3	4	5	6

Ítem	Salud Familiar	Definitiva-mente en desacuerdo	Desacuerdo	Algo desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Definitiva-mente de acuerdo
15.	La azúcar alta o baja, es parte de nuestra vida familiar.	1	2	3	4	5	6
16.	Sé como es la diabetes que padezco.	1	2	3	4	5	6
17.	En mi familia, sabemos que podemos hacer muchas cosas juntos a pesar de la diabetes.	1	2	3	4	5	6
18.	Sabemos dónde conseguir ayuda si los síntomas no desaparecen.	1	2	3	4	5	6
19.	Estoy seguro de que el sistema de salud es capaz de ayudarme con la diabetes.	1	2	3	4	5	6
20.	Si alguien más de la familia tiene problemas de salud, sabemos dónde podemos buscar ayuda.	1	2	3	4	5	6
21.	Nuestra familia tiene un estilo de vida saludable.	1	2	3	4	5	6
22.	En mi familia, nos ocupamos de atender nuestra salud.	1	2	3	4	5	6
23.	Como familia estamos acostumbrados a tomar nuestras propias decisiones en salud.	1	2	3	4	5	6

Apéndice D

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Facultad de Enfermería
 Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Guía de Entrevista Semiestructurada
 (Rosas y García 2022)

Bienvenida: (saludo), antes que nada, agradezco el tiempo que me brinda; mi nombre es Cesia Rosas y soy estudiante de la maestría en enfermería de la BUAP. Esta es una entrevista con preguntas abiertas, por lo tanto, no hay respuestas buenas ni malas, cortas o largas y si hay alguna pregunta que le incomode esta la libertad de abstener su respuesta. Le comento que todos los datos o información que proporcione serán únicamente con fines educativos y solo yo tendré acceso a ellos, ¿Autoriza que se pueda grabar su audio y video?

El **objetivo** de esta entrevista es: explorar el apoyo familiar y salud familiar en las interacciones-relaciones y procesos en familias con diabetes tipo 2.

Tabla de datos sociodemográficos:

Datos Personales			
Sexo	Edad	Ocupación	Estado Civil
Ingreso	Escolaridad		Religión
Datos Familiares			
No. De integrantes	Tipo de Familia	Función en la familia	Rol en la Familia

Preguntas de antecedentes

1. ¿Cuánto tiempo tiene su familiar con el diagnóstico de diabetes?
2. ¿Cómo se enteraron que su familiar tenía diabetes?
3. ¿Qué fue lo que sintió al enterarse del diagnóstico?
4. ¿Me podría platicar acerca del día que le diagnosticaron diabetes a su familiar?
5. ¿Cuál es su experiencia como familia desde el diagnóstico de diabetes?

Preguntas de antecedentes

6. ¿Cómo describe su vida antes y después de que le diagnosticaran diabetes a su familiar?
7. ¿Cómo hacen para cuidarse de la diabetes unos a otros?
8. ¿Considera que lo que narra podría interpretarse como apoyo/salud familiar?
9. Narración sobre las formas que se representa el apoyo
10. ¿Qué ha sido lo más fácil y difícil para ustedes en el proceso de la diabetes?

Preguntas de antecedentes

11. ¿Haz realizado algún cambio de vida familiar desde que viven con diabetes?
12. ¿Cómo considera que en su familia se han vivido las emociones a raíz de que su familiar padece diabetes?

Preguntas de cierre

13. ¿Existe alguna experiencia que desee compartir?

Despedida

Gracias por compartir tu tiempo y experiencia con nosotros, ¿existe alguna duda, pregunta o comentario al respecto? Esperamos en algún otro momento tener la oportunidad de platicar nuevamente con ustedes, si en algo les podemos servir quedamos a su disposición.

Apéndice E

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

Gracias por participar en el estudio “Apoyo Familiar y su relación con la Salud Familiar” dirigido por LE. Cesia Eliza Rosas Amaro y DCE. Beatriz García Solano, el siguiente consentimiento informado está basado en las normas que dicta el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del año 2014.

1. Justificación

El presente trabajo tiene el propósito de estudiar el apoyo familiar y la salud familiar refiriéndose a las formas en que nos comunicamos e interactuamos entre familias considerando que vive la persona con diabetes.

2. Procedimientos

Se me informó que el procedimiento consiste en responder una serie de preguntas a través de una plataforma digital (google forms), donde no existen respuestas buenas ni malas.

3. Molestias o riesgos

No existen riesgos serios que perjudiquen mi salud y la de mi familia en la participación de esta investigación.

4. Beneficios

En este trabajo no existe beneficio personal o familiar, sin embargo, me queda claro que mis respuestas pueden ayudar a conocer las dinámicas de las familias en beneficio de su salud.

5. Procedimientos

Se me ha informado que en este estudio no existen procedimientos alternativos y solamente responderé en una sola ocasión.

6. Garantía

Se me ha informado que puedo escribir al correo: cesia.rosas@alumno.buap.mx, en caso de que tenga dudas respecto a los resultados específicos que yo obtuve, por ello tengo la garantía de que me responderán en un lapso no mayor a 48 hrs.

7. Libertad de retirarse

Me queda claro que tengo la libertad de retirar mi consentimiento en el momento que yo lo decida con plena seguridad de que no tendré ningún perjuicio a la investigación o a mi persona.

8. Confidencialidad

Estoy enterada que por cuestiones éticas mis datos son protegidos por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, 2017 y no se expone mi nombre ni datos personales y solo me será asignado un código de indentificación que solo conocerá el investigador.

9. Información actualizada

Se me ha informado que en caso de que tenga dudas sobre el estudio y su vigencia me puedo comunicar a los siguientes correos:

cesia.rosas@alumno.buap.mx o beatriz.garcias@correo.buap.mx

10. Tratamiento

Se me ha informado de que no tendré ningún tratamiento médico adicional ni indemnización alguna por la participación en este estudio.

11. Gastos

Se me ha informado que esta investigación no me generará un gasto adicional y si existiera será absorbido por el presupuesto de la investigación.

Muchas gracias por su participación.

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Fecha _____

Fecha _____