



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



*Tesis*

*“Relación de Salud Familiar y Estilos de Vida en Personas  
con DT2”*

Presenta:

L.E Wendy Cortes Mendoza

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Diciembre, 2017



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



*Tesis*

*“Relación de Salud Familiar y Estilos de Vida en Personas  
con DT2”*

Presenta:

L.E Wendy Cortes Mendoza

Director de Tesis:

DCE. Beatriz García Solano

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Diciembre, 2017



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



*Tesis*

*“Relación de Salud Familiar y Estilos de Vida en Personas  
con DT2”*

Presenta:

L.E Wendy Cortes Mendoza

Co-tutor de Tesis:

ME. María del Rosario Ricardez Ramírez

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Diciembre, 2017

## Tabla de contenido

	Pág.
<b>Capítulo I</b>	
<b>Introducción</b>	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	4
1.3 Marco Teórico	4
1.3.1 Salud Familiar	4
1.3.2 Estilos de Vida	5
1.3.3 Estructura Referencial Empírica	6
1.4 Estudios Relacionados	7
1.5 Definición de términos	16
<b>Capítulo II</b>	
<b>Metodología</b>	
2.1 Diseño del Estudio	17
2.2 Población	17
2.3 Muestreo y Muestra	17
2.4 Criterios de Selección	17
2.4.1 Criterios de Inclusión	17

2.4.2 Criterios de Exclusión	18
2.4.3 Criterios de Eliminación	18
2.5 Instrumentos de Medición.	18
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos	20
2.7 Ética del Estudio	21
2.8 Análisis Estadístico	22
<b>Capítulo III</b>	
<b>Resultados</b>	23
3.1 Confiabilidad de los Instrumentos	23
3.2 Caracterización de la Población	23
3.3 Prueba de normalidad	25
3.4 Resultados de los Objetivos de Investigación Propuestos	26
<b>Capítulo IV</b>	
<b>Discusión</b>	30
4.1 Conclusiones y Recomendaciones	32

## Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Caracterización de la Población	24
Tabla 2. Tipología Familiar	25
Tabla 3. Estadísticas Descriptivas de la Variables Numéricas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov	26
Tabla 4. Estadística Descriptiva de la Salud Familiar y Estilo de Vida	27
Tabla 5. Estadística Descriptiva de los Estilos de Vida en Personas con Diabetes	27
Tabla 6. Estadística Descriptiva de Salud Familiar	27
Tabla 7. Coeficiente de Correlación de Spearman rho para el Estado de Salud Familiar y Estilos de Vida en Personas con DT2	29

## Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Estructura Referencial- Empírica	7

## Lista de Gráficas

Gráfica 1 Correlación de Salud Familiar y Estilo de Vida en Personas con DT2	28
--	----

## **Capítulo I**

### **Introducción**

#### **Planteamiento del problema**

En la actualidad, la Diabetes tipo 2 (DT2) representa un problema de interés en la salud pública y está considerada como un trastorno crónico degenerativo que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no la utiliza eficazmente lo que altera simultáneamente el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. El efecto de la DT2 no controlada es la hiperglucemia que con el tiempo causa daños a largo plazo como la disfunción y falla de diversos órganos, además de incrementar el riesgo de enfermedades vasculares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La DT2 crece de forma gradual, afectando a más de 442 millones de personas en todo el mundo con 1.5 millones de muertes en 2012 (OMS, 2016; Villalpando, 2013). En México de acuerdo a los casos notificados de ingresos hospitalarios por este padecimiento durante 2015, reportó 29,058 casos y Puebla establece 1903, lo que la sitúa en tercer lugar a nivel nacional (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica [SINAVE], 2015). En cuanto a la morbilidad, 29,443 casos nuevos de DT2 se reportaron a inicio de 2017 (SINAVE, 2017).

A nivel nacional el comportamiento por diagnóstico médico previo de DT2 en 2015 presentó un incremento de 369,146 casos; pasando de un 9.2% en 2012 a un 9.4% en 2016. Sin embargo, la mayor prevalencia se situó en la región sur (10.2%), y para las mujeres (50-59 años) se presentó en la región centro del país (11.7%) (Encuesta nacional de salud [ENSANUT], 2016; OMS, 2016). En este último año, este padecimiento presentó una tasa de mortalidad de 23,100 hombres en comparación con las mujeres que

reportaron 22,000 (OMS, 2016) por cada 100,000 habitantes; ocupando el tercer lugar como causa de mortalidad a nivel nacional con 50,705 defunciones reportadas en 2016 (Instituto nacional de estadística y geografía [INEGI], 2016). Asimismo, este fenómeno ha influido en la reducción de 5 a 10 años en la esperanza de vida de las personas que padecen la enfermedad (Hernández-Ávila, Gutiérrez, & Reynoso-Noverón, 2013).

Éste panorama refleja el problema de salud pública que representa la DT2, lo que es atribuible al manejo de la enfermedad en el hogar que está en constante interacción con el control médico y la terapia medicamentosa aunada al ejercicio y dieta. Entre los factores que influyen en el manejo y control de dicho padecimiento se encuentra a la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y la búsqueda del bienestar de todos sus miembros. Una premisa principal de la familia es permitir que los integrantes sean personas autónomas y capaces de enfrentarse e integrarse a la vida en sociedad mediante la distribución de roles y tareas en conjunto (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2016; Cid-Monckton & Pedrão, 2011), hecho que puede ser determinante para el manejo de la DT2.

El abordaje familiar es imprescindible como estrategia de promoción, prevención y recuperación de la salud, además de considerarse como un factor de riesgo en la generación de estilos de vida que contribuyen o no a la aparición de enfermedades de acuerdo a cada uno de los determinantes sociales de su salud (Laguado, & Caballero, 2016). La familia cumple un papel esencial para la población adulta con un sentido de respaldo para aquellos integrantes que padecen de DT2 (Merodio, Rivas & Martínez, 2015).

Evidencias en el abordaje familiar por Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón &, Domínguez-Sánchez (2013), consideran que la salud familiar ésta determinada

por el conjunto de percepciones de los integrantes en términos de funcionamiento efectivo de la familia para fomentar la salud y el bienestar de sus miembros. Los integrantes de la familia normalizan las pautas necesarias para la valoración de la salud familiar, a partir del clima, integridad, funcionamiento, resiliencia y el afrontamiento. Estas pautas se relacionan con la satisfacción de las necesidades e interacciones del individuo con la familia y la sociedad, además de la capacidad para afrontar y adaptarse a situaciones de crisis o resolución de problemas. Se caracteriza por ser un proceso dinámico que permite a la familia conseguir el desarrollo de sus integrantes.

De igual forma la DT2, está asociada a estilos de vida modernos como el sedentarismo, el alto consumo de carbohidratos, obesidad y estrés (Calvillo & Ramírez, 2013). Cabe mencionar que los dominios que integran los estilos de vida, incluyen las conductas y preferencias relacionadas con el tipo de nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco, información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento (López-Carmona, Rodríguez-Moctezuma, Ariza-Andraca y Martínez-Bermúdez, 2004). Estudios realizados en el contexto de interés, han descrito que la salud familiar y los estilos de vida de los usuarios con diabetes inciden en una mejor prevención, tratamiento y control médico de la enfermedad (Calvillo & Ramírez, 2013; Chen, Magliano, & Zimmet, 2011; Cantú, 2012).

Enfermería, como parte del equipo multidisciplinario, es esencial en la atención de quienes padecen DT2. Si se fomenta el cuidado desde un abordaje familiar mediante la autorregulación de los estilos de vida se puede contribuir a alcanzar o equilibrar el bienestar familiar a pesar de que exista DT2 al interior de la familia. Adicionalmente, el estudio desde la visión de la salud familiar y los estilos de vida, contribuirá a

incrementar el conocimiento y comprensión del fenómeno de estudio (Herrera, Quintero, & Hernández, 2007; Lima-Rodríguez, 2013).

## **1.2 Pregunta investigación**

Con base en la revisión bibliográfica y a la problemática expuesta surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la salud familiar y los estilos de vida en personas que padecen diabetes tipo 2?

## **1.3 Marco referencial**

En este apartado se describen las variables de estudio: salud familiar y estilos de vida. Adicionalmente se presenta la estructura referencial-empírica para este estudio.

### **1.3.1 Salud familiar.**

La salud familiar engloba un proceso multidimensional y multicausal vinculado con diversos elementos como el clima familiar, relacionado con el ambiente interno que generan los miembros de la unidad familiar, fomentando el crecimiento, madurez y adquisición de competencias. La integridad familiar comprende el grado de unión que se establece entre sus integrantes, y se refleja con su participación en ceremonias así como eventos familiares; lo que implica solución de problemas, compartir de sentimientos, compromisos, valores (solidaridad, confianza, respeto, honestidad) y elementos instrumentales (solución de problemas, obligaciones) (Lima-Rodríguez, 2013).

Además se orienta a satisfacer las necesidades de los miembros durante la transición entre las diferentes etapas de su desarrollo (realización de rutinas, adaptación del ciclo vital familiar, mantenimiento de un entorno seguro, claridad de la autoridad. La resistencia familiar se enfoca a los mecanismos de defensa que la familia tiene para hacer frente a situaciones adversas (conocimiento, creencias promotoras de salud, disponibilidad de servicios comunitarios) y el afrontamiento familiar es el modo de

enfrentarse a la aparición de acontecimientos estresantes (capacidad de percibirlos, toma de decisiones, uso de recursos disponibles) (Lima-Rodríguez, 2013).

### **1.3.2 Estilos de vida.**

La OMS (1999) ha definido a los estilos de vida, como aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estos patrones de conducta se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones (Figueroa-Suarez, 2014).

Los estilos de vida son patrones de comportamiento, que interactúan con las características individuales y familiares, interacciones sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en las que están inmersos los individuos. Sin embargo, si se pretende mejorar la salud mediante incentivar estilos de vida saludables, la acción no solo debe ser dirigida al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida y de la familia, que interactúan para producir y mantener estos patrones de conducta; de ahí la importancia de estudiar su comportamiento en relación al estado de salud familiar (Gómez-Aguilar, Ávila-Sansores, & Candila-Celis, 2012).

De acuerdo a Guerrero y León (2010), el análisis del concepto de estilos de vida, involucra, dos líneas conceptuales. La primera de ellas se refiere a la libre elección de conductas, en el cual las acciones deben dirigirse a evitar hábitos no saludables, recayendo así la total responsabilidad sobre el individuo. Y la otra línea conceptual sostiene que la salud depende de una forma general de vida, determinada por la interrelación de las condiciones de vida y patrones de comportamiento que, a su vez,

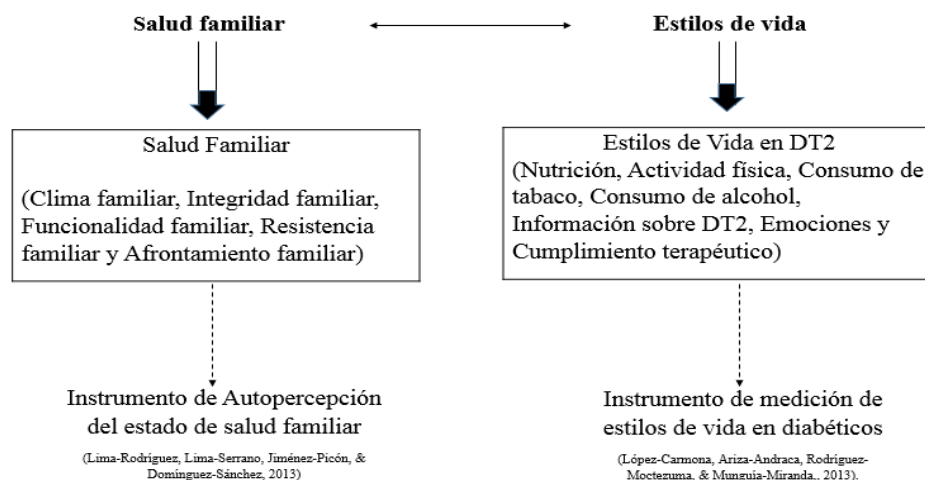
dependen de las características socioeducativas y personales, así como económico-ambientales donde la familia tiene alta influencia.

Asimismo, la OMS (2016) sostiene que los elementos que componen a los estilos de vida son: Nutrición que se refiere a los hábitos alimenticios que tiene la persona, actividad física es la acción de movilidad corporal que le dedica el individuo durante su tiempo libre. Consumo de tabaco es la acción de fumar así como el número de cigarrillos consumidos. Consumo de alcohol considera el número de bebidas ingeridas en determinado tiempo. Información sobre diabetes comprende la recibida por algún profesional de la salud. Manejo de emociones engloba el estado de ánimo y cumplimiento del tratamiento se refiere al seguimiento de las recomendaciones médicas y toma de medicamentos (Romero-Márquez, Díaz-Veja & Romero-Zepeda, 2011). Además, Alustre et al. (2006) destaca que la actividad física practicada con regularidad constituye una herramienta para el mantenimiento de condiciones óptimas de salud con un efecto preventivo sobre diversas enfermedades crónicas como la DT2.

### **1.3.3 Estructura referencial-empírica.**

La relación continúa y bidireccional entre ambos conceptos, se muestra en la figura 1, mismos que derivan con las subdimensiones de cada uno de ellos, además el indicador empírico permitirá guiar la medición de las variables de estudio.

Figura 1. Estructura Referencial-Empírica



#### 1.4 Estudios relacionados

En esta sección se presentan los estudios relacionados vinculados a las variables de interés. La exploración de la literatura en salud familiar arrojó pocos estudios con la variable propiamente dicha, por lo que se retomaron aquellos dónde los conceptos de acercaran a las dimensiones de salud familiar de acuerdo a la definición de Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, & Domínguez-Sánchez (2013); posteriormente se muestran los estudios dónde se estudió los estilos de vida.

##### Salud familiar con Diabetes tipo 2

Laguado y Caballero (2016) valoraron la autopercepción del estado de salud familiar (AESF) en 120 familias de un área metropolitana de Bucaramanga. De los cuales en sus resultados predominó la familia nuclear ( $f = 32, 45,7 \%$ ), así como el género femenino ( $52,9 \%$ ), el rango de edad abarco entre 18 y 44 años ( $45,2\%$ ) destacando el nivel educativo básico de primaria ( $52,9 \%$ ). Sin embargo la AESF ( $M = 27,30, DE = 6,30$ ) en general alcanzo 39 puntos de 84 esperados. En las respuestas a la escala se obtuvo un puntaje general de 27,3, mínimo de 7 y máximo de 39 ( $SD \pm 6,9$ ).

Las subescalas: clima, integridad, resistencia y afrontamiento familiar, fueron evaluadas con una puntuación de autopercepción media (10,66; 10,7; 11,9 y 7,4 respectivamente); mientras que la subescala funcionamiento familiar puntuó 13,2; alcanzando el rango alto. Concluyendo así que la AESF constituye un riesgo para la salud de la familia, que requiere de acciones que fortalezcan un ambiente familiar que propicie potenciar estilos de vida saludables en las diferentes etapas del ciclo de la vida de una persona.

Estrada, Gil, Gil y Viñas (2016) analizaron cómo influye el hecho de que en el hogar haya una persona dependiente en el estado de salud de las personas con quien convive y en los estilos de vida; comparado con otras situaciones que impliquen dedicación de tiempo y energía, analizando diferencias de género y edad en cada etapa del ciclo vital en un total de 19.351 individuos mayores de 25 años que contestaron la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 de España. Encontrando que la salud de las personas que conviven con una persona dependiente es peor que la de aquellas personas que no conviven (hasta 5 veces más riesgo de tener problemas de salud), especialmente si se es mujer, de edad avanzada, con un nivel educativo bajo o no trabaja.

Los datos reportados de percepción mala de salud familiar en la mujer fue de 1.99 odds ratio ( $p = 0.02$ ) y en el hombre de 2.49 odds ratio ( $p = 0.01$ ). También ser cuidador reduce la probabilidad de mantener unos hábitos saludables como son el realizar ejercicio, el descanso o una dieta equilibrada. Concluyendo la importante diferencia entre género y edad, además que por lo general, convivir con una persona dependiente reduce la probabilidad de mantener estilos de vida saludables y deteriora la salud.

García-Solano et al. (2015), desarrollaron una investigación con la finalidad de determinar si la salud familiar en la diabetes tipo 2 describe diferencias y similitudes entre las familias para considerarlas como una unidad con 222 participantes de 61 familias. De acuerdo a los resultados la funcionalidad familiar del primer grupo obtuvo un promedio de 82.28 ( $DE = 2.73$ ) en comparación con la salud familiar del primer grupo que reportó una media de 78.80 ( $DE = 0.46$ ), mientras la salud familiar del tercer grupo reportó una media de 70.28 ( $DE = 0.62$ ). Lo cual señala que existe homogeneidad en la mayor parte de las variables de las familias estudiadas. Observaron que las familias con una edad media más alta tenían más años de educación ( $M = 43.28$ ,  $DE = 6.36$ ) y bajos niveles de salud de la familia ( $M = 75.08$ ,  $DE = 6.83$ ), así como de la funcionalidad ( $M = 75.86$ ,  $DE = 9.20$ ). Concluyeron que es posible tener familias saludables y esto se relaciona con una buena salud individual.

Merodio, Rivas y Martínez (2015), describieron la percepción del apoyo familiar y las dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar del ISSET de 113 adultos mayores (AM) con diabetes reportando Las mujeres ( $f=79$ , 69.9%) en comparación con los hombres ( $f=34$ , 30.1%) destacaron como género afectado, reportando una media de 66 años ( $DE=7.10$ ) con predominio del estado civil casado ( $f=72$ , 63.7%), y de la escolaridad de primaria ( $f=74$ , 65.5%). De acuerdo a sus redes de apoyo 68.1% cuenta con esposo, el 92.9% con familiares próximos (parientes, hermanos, sobrinos).

En cuanto a problemas con diabetes el 49.6% ( $f=56$ ) de los AM se preocupan por problemas del futuro sin realizar suficientes actividades físicas ( $f=48$ , 42.5%). En conclusión el predominio del género femenino coincide con el incremento de la prevalencia en México donde hay un incremento a partir de los 40 años de edad.

Confirmando que el mayor apoyo lo reciben los hombres (44.1%), al contrario de las mujeres (62%) que reciben bajo apoyo familiar influyendo de cierta forma en el aspecto cultural.

Sánchez, Herrera, Samaniego y García (2014) determinaron la relación entre la funcionalidad y el automanejo de diabetes mellitus tipo 2 en 100 pacientes de 30-80 años, asistentes al consultorio de medicina interna en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra- Lima encontrando una correlación positiva entre la funcionalidad familiar y el automanejo ( $Rho$  de Spearman=0.43) además el 54% de las familias participantes evaluadas fueron moderadamente disfuncionales y el 7 % gravemente disfuncionales. El automanejo de los pacientes fue regular en un 56% e inadecuado en el 9%. Existiendo predominio del sexo femenino (80.8%) y una media de 66.5 años ( $DE=5.5$ ). Concluyendo que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se encuentran muy asociadas de forma directa, lo cual influye en los patrones del comportamiento de las personas que viven con DT2.

Lagos-Méndez y Flores-Rodríguez (2014) investigaron la importancia que tiene la relación entre la funcionalidad familiar y el automanejo de diabetes tipo en el Hospital de Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra-Lima con un grupo de 100 personas. Encontrando positiva la funcionalidad familiar y el automanejo ( $r_s=0.543$ ,  $p = .001$ ), evidenciando al género femenino más afectado (54%) entre 60-80 (54%). En las familias normofuncionales (77.1%) predominó el automanejo adecuado. Concluyendo que la funcionalidad familiar y el automanejo están asociadas directamente e influyen en los comportamientos de las personas con DT2 para contribuir con la salud o la enfermedad.

Corona-García et al. (2013), analizaron la magnitud del apoyo familiar y su relación con control metabólico en 130 mexicanos con diabetes mellitus de una Unidad

Médica en Morelia, Michoacán. Los resultados reportaron que 98 personas con DT2 (75.4%), recibieron apoyo familiar medio y 32 (24.6%) recibieron apoyo familiar alto, por género 42 (32.3%) hombres y 56 (43%) mujeres recibieron apoyo familiar medio mientras que el apoyo familiar alto lo recibieron 20 (15.3%) hombres y 12 (9.2%) mujeres.

Estadísticamente no se encontró significancia entre géneros y tampoco en la asociación entre apoyo familiar y las variables metabólicas: índice de masa corporal ( $z = 0.760$ ), glicemia ( $z = 0.501$ ), creatinina ( $z = 0.056$ ), colesterol ( $z = 0.520$ ) y triglicéridos ( $z = 0.129$ ). Concluyeron que la estructura familiar influye en los adultos mayores que se encuentran en fases de ciclo vital de independencia, retiro y muerte del cónyuge.

Rodríguez-Orozco, Kanán-Cedeño, Bautista, Polina-Carrillo y Gómez-Alonso (2013), llevaron a cabo un investigación con el objetivo de estudiar si existe asociación entre la percepción del funcionamiento familiar y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) en 37 adultos entre 40 a 65 años de edad secundaria a DT2. Reportando diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.002$ ) al evaluar con apgar familiar la relación entre tiempo de tratamiento médico de la ERC y la percepción del funcionamiento familiar. Sin embargo no hubo significancia entre grupos ( $p = 0.566$ ) y percepción del funcionamiento familiar FF-SIL ( $p = 0.864$ ).

De acuerdo a la investigación realizada por Medellín, Rivera, López, Kanán y Rodríguez-Orozco (2012) evaluaron la relación existente entre el funcionamiento familiar (FF) y las redes de apoyo social en Morelia, Michoacán con 192 participantes. Señalando que el 29% de los participantes presento un tipo de FF conectado-caótico, el 20% aglutinado-caótico (percibieron mayor falta de apoyo) y el 19% conectado-flexible.

De todos los tipos de red evaluados, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de red familiar [ $F(11.180) = 8.573, p < .001$ ] y en la de falta de apoyo de la red [ $F(3.188) = 6.48, p < .001$ ]. De igual manera se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se contrastan los niveles de funcionamiento familiar en la red familiar [ $F(3.188) = 10.064, p < .001$ ] y en la falta de apoyo de la red [ $F(3.188) = 6.48, p < .001$ ]. Concluyeron que las familias extensas seguidas por las redes de amigos son las redes de apoyo social más utilizadas sin embargo este patrón es cambiante dependiendo de la tipología y el nivel de FF.

Azzollini, Bail, y Vidal (2011), analizaron la percepción del apoyo social en el ámbito familiar que tienen los pacientes con diagnóstico de DT2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos de 337 participantes, quienes concurrían a consultorios de hospitales públicos en la Ciudad de Buenos Aires. Reportaron que la mujer fue el grupo más afectado (57%). En cuanto al apoyo familiar de los pacientes en el cuidado de su salud, el 74.8% expresó que su familia los apoya siempre, un 18.4% sentía que esto sucedía sólo a veces y el 6.8% consideró que nunca era apoyado. Pero quienes percibían que su familia no los apoyaba nunca, presentaban una media significativamente inferior ( $M = 40.10, DE = 4.794$ ) de adhesión al tratamiento que los que sentían que siempre recibían ese apoyo ( $M = 44.96, DE = 8.46$ ). Concluyendo que la percepción de apoyo social, familiar y laboral, favorece a una mayor adherencia en los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con DT2.

En resumen, los estudios reportan que a mayor edad mantienen un mejor cuidado de su salud, pero también a edades avanzadas las personas son dependientes del cuidado que les brinda la familia, lo que influye en la percepción de su propia salud. Igualmente, existe influencia por la fase del ciclo vida en el que se encuentra la persona (nido vacío o

muerte del cónyuge). Incluso se encontraron reportes en el cual la mujer tiene menor cuidado de su salud. Pero existe relevancia en la preservación de la familia como núcleo social, con sus diferentes apoyos, entorno y afrontamientos para mantener un adecuado control de la DT2.

### **Estilos de vida con diabetes tipo 2**

Cantú (2014), realizó un estudio con el propósito de describir los estilos de vida de los pacientes con diabetes tipo 2. Demostrando que el 29.23% ( $f = 19$ ) de las personas tienen buenos estilos de vida, mientras que el 70.7% ( $f = 46$ ) indicó inadecuados estilos de vida. En cuanto a la dimensiones de prácticas alimentarias el 36.92% ( $f = 24$ ) arrojo buenos estilos de vida y el 63.0% ( $f = 47$ ) inadecuados estilos de vida. En la actividad física el 20.0% ( $f = 13$ ) obtuvo buenos estilos de vida. Con respecto al consumo de tabaco y alcohol el 92.3% ( $f = 60$ ) no consumen tabaco y el 80.0% ( $f = 52$ ) alcohol, lo cual indica estilos de vida saludables.

La correlación significativa entre los estilos de vida evaluado y las dimensiones consideradas de hábitos alimentarios ( $r = 0.78, p < 0.01$ ), actividad física ( $r = 0.352, p < 0.01$ ), no consumo de tabaco ( $r = 0.289, p < 0.05$ ), no consumo de alcohol ( $r = 0.494, p < 0.01$ ), conocimiento sobre la enfermedad ( $r = 0.642, p < 0.01$ ), estado emocional ( $r = 0.229, p > 0.66$ ) adherencia al tratamiento ( $r = 0.755, p < 0.01$ ); estableció una relación entre los estilos de vida evaluados y el percibido, por los participantes a excepción del estado emocional. Concluyo que conocer más sobre esta patología permitirá tener la posibilidad de cambiar sus posturas para restituir su salud e integración social de quienes la padecen.

Figuroa-Suarez et al. (2014), desarrollaron un estudio con el objeto de evaluar los estilos de vida y el control metabólico en tres poblaciones. Los resultados muestran

que hubo diferencias entre los 3 grupos a favor de los egresados del programa. El análisis de correlación de Rho de Spearman y del IMEVID con el resto de las variables de estudio fue significativo ( $r_s = 0.269$ ,  $p < 0.01$  para IMEVID y perímetro de cintura). El mayor número de variables de las metas de control fue para el grupo de egresados, con el 71.0%, el 32.0% para los que estaban cursando y el 17.2% para quienes no habían cursado en el programa.

Gómez-Aguilar, Ávila-Sensores y Candila-Celis (2012), realizaron una investigación con la finalidad de determinar la relación entre los estilos de vida de personas con diabetes tipo 2 y su control metabólico. De acuerdo a los resultados más relevantes sobresale la actividad física, donde el 38.0% de las personas casi nunca hacen ejercicio, 36.0% no realizan actividades habituales de trabajo, 36.0% ven televisión en su tiempo libre quedando implícito el género femenino por mayoría (80%). Reflejando así un efecto en los estilos de vida inadecuados ( $f = 28$ , 62.2%) en comparación con el buen estilo de vida ( $f = 17$ , 37.8%). Conforme al análisis estadístico se obtuvo una relación significativa entre las variables estilos de vida y control metabólico ( $r = 0.337$ ,  $p < 0.05$ ).

Romero-Márquez, Díaz-Veja y Romero-Zepeda (2011), realizaron un estudio transversal, observacional y de asociación con el propósito de evaluar la calidad de vida y los estilos de vida en pacientes con DT2. En los resultados se hallaron que los dominios de los estilos de vida que afectan la calidad de vida de las personas con DT2 fue la actividad física ( $p < 0.006$ ), autoestima ( $p < 0.002$ ) y apego al tratamiento ( $p < 0.028$ ); mostrando así en el análisis de varianza resultados estadísticamente significativos. Respecto a la distribución por sexo, 54.7 % ( $f = 82$ ) correspondió al masculino y 45.3% ( $f = 68$ ) al femenino. Llegaron a la conclusión que los participantes

perciben deterioro en su calidad de vida, ponderando como un riesgo de salud a los estilos de vida.

Ramírez et al. (2011), efectuaron un estudio para determinar el estilo de vida actual de los pacientes con DT2. El resultado de análisis documentó que en el dominio de nutrición, 57.7% presentó estilos de vida saludables y 43 % muy saludable (7 %), saludable con 40 % y poco saludable 53.0%, mientras que para el dominio de consumo de tabaco el 87 % reporto estilos de vida muy saludables; no obstante el consumo de alcohol alcanzó un 83 % en los estilos de vida muy saludables.

La información sobre la diabetes obtuvo estilos de vida poco saludable por no asistir a pláticas (28 %), mientras que la adherencia terapéutica alcanzó estilos de vida saludables con un 50 %, saludable 13 % y poco saludable 27 %. En conclusión expusieron que el hacer cambios positivos en los estilos de vida contribuye a mantener una buena satisfacción con la vida.

En breve podemos mencionar que los estilos de vida se reportan como inadecuados, y poca actividad física. Por el contrario es necesario mencionar que la mayoría de las personas no consumen alcohol ni fuman. Esto afirma como los estilos de vida influyen desde el núcleo familiar para conservar la salud o controlar la enfermedad en personas con DT2.

La síntesis de literatura muestra que la salud familiar no se ha estudiado en conjunto con los estilos de vida. En esta revisión sólo se encontró que la salud familiar engloba situaciones familiares que el ser humano enfrenta ante la enfermedad crónica degenerativa como la DT2.

## **1.5 Definición de términos**

A continuación se señala la definición operacional de las variables del presente estudio.

La salud familiar está considerada por la OMS (1978), como un hecho que determina y está determinado por su capacidad de funcionamiento efectivo como unidad biopsicosocial en el contexto de una cultura y una sociedad. De este modo, la salud familiar describe su funcionamiento como unidad para fomentar la salud y el bienestar de sus miembros. Este concepto será evaluado mediante la escala de autopercepción del estado de salud familiar en un grupo de personas con DT2 (López-Carmona, Ariza-Andraca., Rodríguez-Moctezuma, & Munguía-Miranda, 2013).

De acuerdo a la OMS (1999) los estilos de vida se definen como las reacciones habituales y conductuales que un individuo desarrolla a lo largo de su vida de las cuales pueden ser en beneficio o en perjuicio de su propia salud. Estos aspectos serán medidos en personas que padecen DT2 con el instrumento de Medición de Estilos de Vida en Diabéticos (IMEVID) (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma, & Munguía-Miranda, 2013).

## **1.6 Objetivo General**

Analizar las interrelaciones existentes entre salud familiar y estilos de vida en personas que padecen DT2.

### **1.6.1 Objetivos específicos.**

- Describir la salud familiar y estilos de vida de las personas con DT2.
- Describir la relación que existe entre la salud familiar y los estilos de vida en personas con DT2.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo, se describe el diseño del estudio, población de interés, tipo de muestreo, determinación de la muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimientos para la recolección de la información, consideraciones éticas y estrategias de análisis de resultados.

#### **2.1 Diseño del estudio**

El presente estudio fue de tipo descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 2012).

#### **2.2 Población**

La población de interés estuvo conformada por personas que padecen diabetes tipo 2 pertenecientes a una unidad de primer nivel de atención del turno matutino de una zona urbana, incluidos en el programa educativo DIABETIMSS.

#### **2.3 Muestra y muestreo**

El muestreo fue por conveniencia, integrado por personas que acuden al programa educativo en la unidad de primer nivel. La muestra se integró por 126 personas que padecen DT2 estimada mediante análisis de potencia considerando un poder de 0.80 y una magnitud de efecto de 0.25 y nivel de significancia de 0.05 (Polit & Hungler, 2012).

#### **2.4 Criterios de selección**

##### **2.4.1 Criterios de inclusión.**

La muestra estuvo constituida por personas de la etapa adulta intermedia según la clasificación de US. National Library of Medicine (2017) con edades comprendidas entre 40 a 65 años y que padecen diabetes tipo 2, que estaban vigentes en la Unidad de

Medicina Familiar No. 57 del turno matutino, con un mínimo de un mes en el programa de DIABETIMSS.

#### **2.4.2 Criterios de exclusión.**

Fueron excluidas las mujeres que estaban cursando con un embarazo, así como aquellas que expresaron no tener la capacidad de responder por si mismas los instrumentos de recolección de la información derivado de la capacidad de comprensión, visual y/o escucha.

#### **2.4.3 Criterios de eliminación.**

Se eliminaron a los participantes que cursaban con algún periodo agudo de la enfermedad, y que estaban cursando por algún evento familiar de duelo o conflicto.

### **2.5 Instrumentos de medición**

Para la recolección de datos se aplicó una cedula de datos sociodemográficos (Apéndice A), que incluyó aspectos como edad, sexo, estado civil, ocupación actual, tiempo de haber sido diagnosticado, actividad que realiza y tipología familiar; así como la aplicación de dos instrumentos, el primero de autopercepción del estado de salud familiar (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2013). (Apéndice B), seguido del Instrumento de medición del estilo de vida en diabéticos (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda, 2013) (Apéndice C).

#### **2.5.1 Autopercepción del estado de salud familiar.**

El instrumento tiene como finalidad medir la autopercepción del estado de salud familiar, incluye 42 ítems y consta de cinco subescalas: la subescala de Clima Familiar (ítem 1-9), la subescala de Integridad Familiar (ítem 10-17), la subescala de Funcionamiento Familiar (ítem 18-26), subescala de Resistencia Familiar (ítem 27-36) y

de Afrontamiento Familiar (ítem 37-42). Se basa en una medición ordinal con tres opciones de respuesta: casi nunca (0), a veces (2) y casi siempre (3). Para fines de análisis se consideran dos categorías: la primera, mayor a 50% comprende la categoría de Buena percepción del estado de salud familiar (muy bueno, bueno o regular) y la segunda Mala percepción del estado de salud, menor a 49% (malo o muy malo). (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2013).

El instrumento presenta una validez y fiabilidad del contenido, con un coeficiente de correlación intra-clase de 0.91 (IC 95%, 0.84- 0.96) y 0.95 (IC 95% 0.90-0.98), el Alfa de Cronbach total fue de 0.81 y el coeficiente de test-retest de 0.84. Además de ser aplicado en familias de la provincia de Sevilla, España mediante la autoadministración en sus domicilios y unidades médicas familiares en personas mayores de edad sin limitaciones (cognitivas, sensoriales e idiomáticas).

### **5.1.2 Instrumento de medición del estilo de vida en diabéticos.**

El instrumento tiene como propósito medir el estilo de vida en diabéticos, está constituido por 25 preguntas cerradas y agrupadas en 7 dimensiones: Nutrición (ítems 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 ítem presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4, donde 4 corresponden al valor máximo de la conducta deseable en cada respuesta, 2 conducta regular y 0 conducta indeseable, para una puntuación total de 0 a 100, sin valores nones en la escala. Sus puntos de corte comprenden: menor al 50 % corresponde a malos estilos de vida, de 51-75% regulares estilos de vida y mayor del 76% buenos estilos de vida. El instrumento cuenta con los coeficientes de correlación intra-clase para la validez y contenido de 0.91 y 0.95, respectivamente, con un Alfa de

Cronbach de 0.81 y el coeficiente de test-retest de 0.84 (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda, 2004).

## **2.6. Procedimiento de recolección de datos**

Una vez que el proyecto fue aprobado por el comité de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad de Puebla se designó el número de registro IEPME/032/2016, procediendo de este modo a solicitar por escrito el permiso y la aprobación del comité de Ética e Investigación del Instituto Mexicano de Seguro Social de la de Delegación No 2, así como el de la Coordinación Medica de Investigación autorizando el número de registró R-2016-2012-10.

La selección de la muestra, fue por conveniencia con las personas que acudieron al servicio de DIABETIMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 57 del turno matutino, en un periodo de tres meses, las personas que no deseaban participar se sustituyeron con otro participante con la finalidad de conservar el número de la muestra.

Por otra parte, en el aula del servicio de DIABETIMSS se contó con la presencia de los participantes que reunieron los criterios de inclusión, presentándose la investigadora principal y explicando los fines académicos y de investigación del estudio. Además de informar que su participación consistía en responder dos instrumentos y una cédula de datos sociodemográficos. A los participantes se les informó, que contaban con la libertad de retirarse y dejar de participar en el momento que ellos lo decidieran, así también se dio a conocer que el estudio contaba con peculiaridad de anonimato y los resultados serán expresados de forma global evitando especificaciones de algún participante. De igual forma se dejó en claro que su atención médica no sería afectada en ningún momento. Al finalizar su participación se les agradeció por su participación.

## 2.7 Ética del estudio

El presente estudio acata lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). De la misma forma establece que para el desarrollo de investigación en salud se tendrán que tomar en cuenta aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las personas, dispuesto en el título segundo, de los aspectos éticos de los seres humanos. Capítulo I, artículo 13, establece que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar, refiriéndose a la persona por su nombre y respetando la decisión de su participación en el estudio. El artículo 58 especifica que el participante puede retirarse en el momento que lo decida sin afcción de su situación laboral o de atención médica.

De acuerdo con el artículo 14, en sus fracciones V, VI, VII y VIII, se solicitó el consentimiento informado por escrito de los participantes. El estudio se llevó a cabo, con la autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la FEBUAP así como la autorización del Comité de Investigación del IMSS delegación No. 2 a la cual pertenece la Unida Medica Familiar No. 57 del estado de Puebla en la que reciben atención medica los participantes.

El artículo 16 fracción VIII establece la protección de la privacidad del participante, por tal motivo se contempló un espacio físico designado por las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar no. 57, en donde se aplicaron los instrumentos de medición y se resguardaron de forma segura para su confidencialidad por el investigador. De acuerdo al artículo 17, fracción II, el estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que la recolección de información fue con lápiz y papel.

En cuanto al artículo 21, fracción I, II, VI, VIII y XI, se les proporcionó información clara y completa a los participantes sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos a realizar y se contó con la aceptación para participar en el estudio, garantizando que recibiera respuestas adecuadas a sus dudas.

Conforme a la Ley federal de protección de datos en posesión de los particulares (2010). En el capítulo I, tiene por objeto la protección los datos con la finalidad de ratificar el derecho a la privacidad. Acorde al artículo 3, en su fracción IV se consideró su consentimiento informado con manifestación de voluntad propia, en el cual se protegen datos personales que incluyen aspectos del estado de salud, así como creencias religiosas en su fracción VI.

## **2.8 Análisis estadístico**

Los datos se procesaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos se determinó a través del Coeficiente de Alpha de Cronbach, además se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizando la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad de los datos. Se empleó el Coeficiente de Correlación de Spearman, para responder a los objetivos.

## Capítulo III

### Resultados

En el siguiente capítulo se describen los resultados del estudio, iniciando con la consistencia interna de los instrumentos, caracterización de la población, seguido de la prueba de normalidad y finalmente se da respuesta a cada uno de los objetivos propuestos.

#### 3.1 Confiabilidad de los instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos se estableció por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach. El instrumento de Autopercepción del estado de salud familiar (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón & Domínguez-Sánchez, 2013) presentó un coeficiente de 0.92 y el Instrumento de estilos de vida en diabéticos ([IMEVID]; López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma & Munguía-Miranda, 2013) presentó un coeficiente de 0.81, por lo que la consistencia interna es aceptable de acuerdo con Burns y Grove (2012).

#### 3.2 Caracterización de la población

De los 126 participantes se observó que el mayor porcentaje (68.3%), lo ocupó el sexo femenino con una media de 56.28 años ( $DE = 7.1$ ) de edad en promedio. Así mismo, el estado civil y ocupación predominante fueron el casado 58.7% ( $f = 74$ ) y labores del hogar 38.1% ( $f = 48$ ) el cual reportaron tener un nivel escolar de primaria 47.6% ( $f = 60$ ), y el tiempo de padecer la enfermedad fue de un 28.6% sobresaliendo el de 6 meses a un año (ver tabla 1).

Tabla 1

*Caracterización de la población*

Variable	<i>M</i>	DE	LI	LS	<i>f</i>	%
Edad	56.28	7.18	40	65		
Sexo						
Masculino					40	31.7
Femenino					86	68.3
Religión						
Católica					112	88.8
Cristiana					7	5.6
Testigo de Jehová					1	0.8
Otras					6	4.8
Estado civil						
Soltero(a)					23	18.3
Casado(a)					74	58.7
Divorciado(a)					6	4.8
Unión libre					5	4.0
Separado(a)					5	4.0
Viudo(a)					13	10.2
Ocupación						
Labores del hogar					48	38.1
Empleado					28	22.2
Profesionista					4	3.2
Pensionado					13	10.2
Jubilado					7	5.6
Obrero					3	2.4
Trabajo independiente					22	17.5
Desempleado					1	0.8
Escolaridad						
Ninguna					8	6.3
Primaria					60	47.6
Secundaria					33	26.2
Preparatoria					10	8
Licenciatura					15	11.9

(continúa)

(continuación)

Tiempo de padecer la enfermedad		
1 a 5 meses	4	3.2
6 meses a 1 año	36	28.6
2 años a 5 años	33	26.2
6 años a 10 años	24	19.0
Más de 10 años	29	23.0

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n=126

Respecto al tipo de familia, 58.7% ( $f = 74$ ) de los participantes reportaron pertenecer a familias nucleares y el 31.0% ( $f = 39$ ) a familias ampliadas (ver tabla 2).

Tabla 2

*Tipología familiar*

Variable	$f$	%
Nuclear	74	58.7
Ampliada	39	31.0
Unipersonal	8	6.3
Corresidente	5	4.0

Nota:  $f$ = frecuencia, %= porcentaje  
Clasificación basada en familias de INEGI

**3.3 Prueba de normalidad**

Se empleó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov. Los valores obtenidos indicaron que no existe normalidad en la distribución de los datos ( $p \leq 05$ ), por lo que se emplearon pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos de estudio (ver tabla 3).

Tabla 3

*Estadística descriptiva de las variables numéricas y prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Autopercepción del estado de salud familiar	111.1 9	115	13.84	57	126	.155	.0001
Estilo de vida	22.13	22	3.59	2	24	.130	.0001
Integridad familiar	21.92	23	3.24	2	24	.261	.0001
Funcionamiento familiar	24.86	26	3.08	11	27	.245	.0001
Resistencia familiar	25.91	27	5.06	2	30	.210	.0001
Afrontamiento familiar	16.34	17	2.55	2	18	.286	.0001
Estilo de vida en diabéticos	76.59	78	12.22	32	100	.096	.005
Nutrición	26.66	26	4.91	10	36	.099	.003
Actividad física	7.87	8	2.84	0	12	.141	.0001
Consumo de tabaco	5.12	6	1.46	0	6	.356	.0001
Consumo de alcohol	6.66	8	2.31	0	8	.434	.0001
Información sobre diabetes	5.65	6	.65	3	6	.432	.0001
Manejo de emociones	7.29	8	2.68	0	12	.158	.0001
Cumplimiento del tratamiento	10.03	10	2.25	2	12	.264	.0001

*Nota:* *M*= media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *LI* = valor mínimo; *LS* = valor máximo; *K-S* = prueba de normalidad; *p* = significancia, n=126

### 3.4 Resultados de los objetivos de investigación propuestos

El primer objetivo propone “Describir la salud familiar y los estilos de vida en personas con DT2”. Para dar respuesta a este objetivo se emplearon medidas de tendencia central y variabilidad, donde encontramos que la media de salud familiar se ubicó en 88.09 (*DE* = 11.10), asimismo los estilos de vida arrojaron una media de 76.8 (*DE* = 12.2) (ver tabla 4). Lo que permite observar como el 62.7% (*f*=79) de los participantes refieren tener buenos estilos de vida, 32.5 % (*f*=41) regulares estilos de vida y 4.8% (*f*= 6) malos estilos de vida (ver tabla 10). Sin embargo, el 88.9 % (*f* = 112) de los participantes alcanzaron un muy buen estado de salud familiar, 10.3 % (*f* = 13) regular estado de salud familiar y 0.8% (*f* = 1) mal estado de salud familiar (ver tabla 4, tabla 5 y tabla 6).

Tabla 4

*Estadística descriptiva de salud familiar y estilos de vida*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>
Salud Familiar	88.09	11.10	45.24	100
Estilos de vida	76.8	12.2	32	100

Nota: *M* = media, *DE* = desviación estándar, *LI* = límite inferior, *LS* = límite superior

Tabla 5

*Estadística descriptiva de los estilos de vida en personas con diabetes*

Estilos de vida	<i>f</i>	%
Malo	6	4.8
Regular	41	32.5
Bueno	79	62.7

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje

n=126

Tabla 6

*Estadística descriptiva de salud familiar*

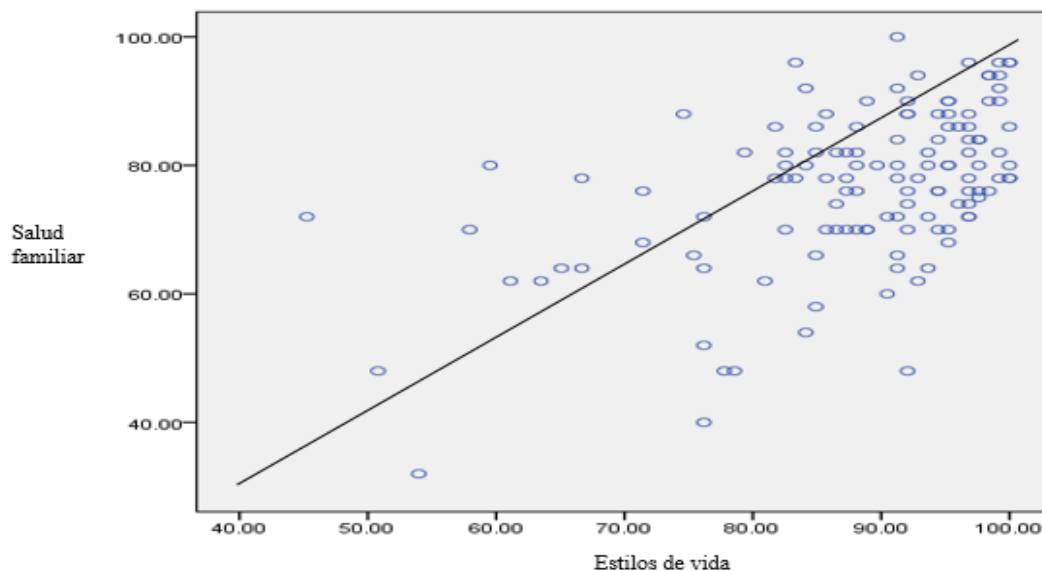
Salud familiar	<i>f</i>	%
Mala	1	0.8
Regular	13	10.3
Muy Buena	112	88.9

Nota: *f*=frecuencia, % = porcentaje

n=126

El segundo objetivo refiere “Describir la relación que existe entre la salud familiar y los estilos de vida en personas con DT2”, para lo que se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman rho. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $r_s=.459$ ,  $p<=.001$ ). Por lo que podemos afirmar que a mayor salud familiar se presentan mejores estilos de vida (ver gráfico 1).

## Gráfica 1

*Correlación de salud familiar y estilos de vida en personas con DT2*

La tabla 7 muestra las correlaciones obtenidas de las dimensiones que integran cada variable, mismas que presentaron datos estadísticamente significativos en la mayoría; sin embargo, es importante mencionar a aquellas que no presentaron correlación significativa como, salud familiar con consumo de alcohol ( $r_s = .129$ ,  $p = .150$ ), clima familiar con consumo de alcohol ( $r_s = .055$ ,  $p = .543$ ), integridad familiar con nutrición ( $r_s = .174$ ,  $p = .051$ ), resistencia familiar con consumo de alcohol; integridad familiar con consumo de alcohol y afrontamiento familiar con consumo de alcohol ( $r_s = .142$ ,  $p = .112$ ;  $r_s = .174$ ,  $p = .051$ ;  $r_s = .151$ ,  $p = .092$  respectivamente) (ver tabla 7).

Tabla 7

*Coefficiente de Correlación de Spearman rho para el estado de salud familiar y estilos de vida en personas con DT2*

Variable	1	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5	2.1	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	2.6.	2.7
1. Salud Familiar	1												
1.1 Clima familiar	.773**	1											
1.2 Integridad familiar	.671**	.415**	1										
1.3 Funcionamiento familiar	.782**	.367**	.487**	1									
1.4 Resistencia familiar	.835**	.459**	.645**	.548**	1								
1.5 Afrontamiento familiar	.631**	.415**	.502**	.413**	.451**	1							
2. Estilos de vida	.459**	.449**	.328**	.535**	.232**	.322**							
2.1 Nutrición	.299**	.364**	.174	.155	.192*	.155	1						
2.2 Actividad física	.375**	.369**	.442**	.197*	.234**	.237**	.471**	1					
2.3 Consumo de tabaco	.571**	.402**	.472**	.313**	.356**	.870**	.179*	.269**	1				
2.4 Consumo de alcohol	.129	.055	.174	.151	.142	.151	.119	.053	.175	1			
2.5 Información sobre DT2	.446**	.307**	.596**	.307**	.398**	.321**	.180*	.210*	.275**	.139	1		
2.6 Manejo de emociones	.295**	.326**	.209**	.142	.200*	.237**	.283**	.236*	.188*	.200*	.130	1	
2.7 Complimiento de tto.	.452**	.511**	.186*	.382**	.347**	.409**	.471**	.477**	.351**	.201*	.269**	.420*	1

Nota: \* $p \leq .005$ , \*\* $p \leq .001$ , tto = tratamiento

## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio verificó las interrelaciones existentes entre salud familiar con estilos de vida de personas que viven con DT2, en una muestra de 126 participantes. En cuanto a los datos sociodemográficos el género el femenino fue el más afectado, con un rango de edad entre 40 y 65 años. La mujer por ser cuidadora principal de la familia refleja la importancia de intervenir con ella para fomentar estilos de vida saludables; esto contribuye a vincular a la mujer como pilar de la sociedad para fomentar y mantener dichos estilos saludables. Lo que coincide con lo reportado por Corona (2013) y Figueroa (2014) con respecto al género femenino que es el más afectado y difiriendo con Romero-Marquez en sus hallazgos (2011). Sin embargo la OMS expresa la finalidad de disminuir el elevado número de ingresos hospitalarios por este problema de salud (Ruiz, 2017).

Es necesario mencionar que el apoyo familiar y los aspectos educativos son importantes para la motivación hacia la autonomía. E Indiscutiblemente existe influencia para manejar y comprender la información sobre dicho tema, lo cual permite ser un campo de oportunidad para intervenir. Por lo que el nivel educativo bajo reportado coincide con los hallazgos congruentes de Laguado et. al (2016) y Estrada et. al (2016). En cuanto al estado civil es necesario subrayar que el apoyo conyugal mantiene una influencia en los cambios dietéticos en este tipo poblaciones. Pero en definitiva, lo importante es que el individuo se encuentre apoyado por algún miembro de la familia. Aunque la persona sufra de alguna enfermedad crónica y/o discapacitante. El estado civil casado de dicho estudio guarda una relación semejante con lo reportado por Beverly (2008) y Merodio (2015).

La familia se considera como un valioso potencial para el amortiguamiento de efectos dramáticos como la enfermedad. De esta forma es necesario agregar que la familia está considerada como proveedor de bienestar durante el ciclo vital humano reflejando y determinando así sus creencias y hábitos. Cabe subrayar que la modernidad industrial continuara influenciando el ritmo familiar y cultural, ante las condiciones de pobreza e inequidad en salud que vive la sociedad mexicana por lo que la familia es imprescindible como estrategia de promoción, prevención y recuperación de la salud (Instituto de Política Familiar ([IPF], 2016). Se debe agregar que las familias nucleares reportaron mayor presencia en el presente estudio lo cual coincide con los reportes de Ávila-Jiménez (2013), García-Solano (2015), IPF (2016).

La salud familiar describe su funcionamiento como unidad para fomentar la salud y el bienestar de sus miembros y esta relaciona con la satisfacción de sus necesidades así como la capacidad de afrontar y adaptarse a situaciones de crisis. Por tal motivo los resultados del actual investigación son de interés en beneficio de la salud pública por lo que el reporte en autopercepción de la salud familiar fue muy buena en las cinco subescalas lo que coincide en lo publicado por García-Solano (2015), Laguado y Caballero (2016), Cuevas (2015) y Azzollini (2011), no obstante los resultados reportados por Sánchez et al. (2014) difieren de los antes mencionados. Cabe señalar que la correlación que existe entre la autopercepción del estado de salud y estilos de vida en personas con DT2 fue significativa. En lo que concierne a los estilos de vida se obtuvo que la mayoría de los participantes manejan un buen estilo de vida. Por lo que los estilos de vida son determinantes en la salud familiar y reflejan actitudes con comportamientos en las diversas etapas del ser humano. La salud de las personas que conviven con una persona dependiente evita que manejen adecuados estilos de vida,

especialmente si tienen una edad avanzada (Laguado & Caballero, 2016). Estas observaciones coinciden con los resultados que presentaron Figueroa (2014) y Romero (2011) pero difieren con Cantú (2014), Gómez-Aguilar (2012) y Ramírez (2011) al no encontrar una relación significativa en sus investigaciones.

#### **4.1 Conclusiones y recomendaciones**

En conclusión, el estudio proporciona información de relevancia sobre la relación de la salud familiar y estilos de vida en personas que padecen diabetes tipo 2, desde la perspectiva de enfermería. Es tema de interés el estudio de las familias para así garantizar la mejora y equilibrio de su entorno con la finalidad de fortalecer la adopción de estilos de vida saludables en el núcleo familiar, durante su ciclo vital y con los recursos disponibles enfocados a estrategias resolutivas. También es indispensable fomentar la educación sanitaria en materia de nutrición y actividad física, así como el enfoque al estado emocional de la persona afectada con la finalidad de proyectar y alcanzar un impacto positivo en la calidad de vida del ser humano.

En lo que concierne a las recomendaciones es necesario desarrollar investigaciones en los diversos sectores de salud (públicos o privados) y en personas que no estén incluidas en programas específicos, así como en las diversas áreas urbanas y sub urbanas. Con la finalidad de comparar las diversas características no estudiadas en personas con DT2. Esto representará un beneficio al diseñar programas e intervenciones de enfermería específicas en dicha población y en consecuencia para sus familias. El enfoque deberá contener proyectos atractivos para las personas con DT2, además de la participación del equipo multidisciplinario (psicología) en la adaptación de talleres que influyan en las emociones o autoestima. Se debe considerar la coparticipación de grupos políticos para la gestión de comedores económicos y accesibles en áreas urbanas.

## Referencias

- Alastrue, P. P., Caballero, A. F., Campillo, A. JE., Carreras, G. G., Comellas, B. C., Gutiérrez, E. A., Murillo, G. A., Novials, S. A., & Pérez P. A. (2006). Diabetes y ejercicio. *Sociedad española de diabetes*, 1-25 Recuperado de <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00000977archivo.pdf>
- Ávila-Jiménez, L., Cerón, O. D., Ramos-Hernández, RI., & Velázquez, L. L. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Med Chile*. 141;173-180. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n2/art05.pdf>
- Azzollini, S. C., Bail, P.V., & Vidal, V. A. (2011). Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Psicología de la salud, epidemiología y prevención*. (18), 323-330 Recuperado de [file:///C:/Diabetes\\_%20importancia%20de%20la%20familia%20y%20el%20trabajo%20en%20la%20adhesi%C3%B3n%20al%20tratamiento.html](file:///C:/Diabetes_%20importancia%20de%20la%20familia%20y%20el%20trabajo%20en%20la%20adhesi%C3%B3n%20al%20tratamiento.html)
- Burns, N, & Grove, SK. (2012). Investigación en enfermería. Tercera edición. *ELSEVIER*
- Beverly, E., Miller, K., Wray, L. (2008) Spousal support and food-related behavior change in middle-aged and older adults living with type 2 diabetes, *Health Education Behavior*. 35(5), 707-720.
- Calvillo, M.R., & Ramírez, B.A. (2013). Boletín Epidemiológico 2013. Diabetes Tipo 2. Secretaria de Salud. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol\\_diabetes/dm2\\_2013.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_2013.pdf)

- Cantú, M. PC. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (27), 1-14. Recuperado de  
Doi:<http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>
- Cid-Monckton, P., & Pedrão, LJ. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, (19), 738-745 Recuperado de  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000700011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700011)
- Corona-García, J., Ruíz-García, J., Benigno-Figueroa, N., Gómez-Alonso, C., & Rodríguez-Orozco, AR. (2013). No asociación entre red de apoyo familiar y control metabólico en mexicanos con diabetes mellitus que asisten a una unidad de medicina familiar. *CADERNOS de atención primaria*, (19), 153-154.  
Recuperado de [http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19\\_3\\_Cartas\\_Director.pdf](http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_3_Cartas_Director.pdf)
- Cuevas, M. BL., Carmona, S., & López, E: RE. (2015). Autopercepción del estado de salud desde quien padece diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. *REVISTA UMBRAL*. 43-63 Recuperado de  
<http://docplayer.es/8477004-Autopercepcion-del-estado-de-salud-desde-quien-padece-diabetes-mellitus-hipertension-arterial-e-hipercolesterolemia.html>  
consultado el 26 de enero de 2016.
- Chen, L., Magliano, DJ., & Zimmet, PZ. (2011). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol*, 8(4), 228-

36. doi: 10.1038/nrendo.2011.183.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO\\_NCD\\_NCS\\_99.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf)

Estrada F., ME., Gil L. AI., Gil, L. M., & Vinas, L. A. (2016). La dependencia: efectos en la salud familiar. *ELSEVIER*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.12.007>

Figueroa-Suarez, ME., Cruz-Toledo, JE., Ortiz-Aguirre, AR., Lagunes-Espinosa, AL., Jiménez-Luna, J., & Rodríguez-Moctezuma, JR. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Médica de México*, 150, 29-30

García-Solano, B., Gallegos-Cabriales, EC., Gómez-Meza, MV., García-Madrid, G Flores-Merlo, M., & García-Solano, M. (2015). Hierarchical clusters in families with type 2 diabetes. *SAGE Open Medicine*, (3); 1-7. Recuperado de <http://smo.sagepub.com/content/3/2050312115622957.full.pdf+html>

Gómez-Aguilar, PIS., Ávila-Sansores, GM., & Candila-Celis, JA. (2012). Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 02(3), 123-129

Guerrero M., L. & León, S. A. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Educere*. 14 (49), 287-296. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>

Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, JP., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública Méx*, (55)2, 129-S136. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a9.pdf>

- Herrera, D., LA., Quintero, O., & Hernández, M. (2007). Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Servicio de endocrinología Iahula. Mérida. 6(12); 62-72
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2016). Estadísticas de mortalidad. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo125&s=est>
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (2016) Informe Final de Resultados. Disponible desde: [http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)
- Instituto de Política Familiar. Informe Evolución de la familia en la comunidad de Valencia (2016). Evolución de las políticas familiares. Recuperado de <http://www.ipfe.org/Espa%C3%B1a/Documento/107>
- Julien, E., Senécal, C., & Guay, F. (2009) Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes, *Journal of Health Psychology*. 14(3), 457-470.
- Lagos-Méndez, H. & Flores-Rodríguez, H. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y salud*, 1(2), 85-93. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000700011>
- Laguado, J. E., & Caballero D. LP. (2016). Autopercepción del estado de salud familiar en un área metropolitana de Bucaramanga. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf163c.pdf>

Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares (2010).

Cámara de diputados del heroico congreso de la unión, Secretaría general,  
Secretaría de servicios parlamentarios. Recuperado de

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

Ley general de salud en material de investigación para la salud (2015). Recuperado de

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Lima-Rodríguez, JS., Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, M., & Domínguez-Sánchez, I.

(2013). Validación de contenido de la escala de autopercepción del estado de salud familiar usando la técnica Delphi. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2); 1-9

López-Carmona, JM., Ariza-Andraca, CR., Rodríguez-Moctezuma, JR., & Munguía-

Miranda, C. (2013). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, (45)4, 259-268. Recuperado de

<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>

López-Carmona, JM., Rodríguez-Moctezuma, JR., Ariza-Andraca, CR., & Martínez-

Bermúdez, M. (2004). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Validación por constructo del IMEVID. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 33(1), 20-7. Recuperado de

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13056494&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&ty=131&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n01a13056494pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13056494&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=131&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n01a13056494pdf001.pdf)

- Medellín, F. MM., Rivera, H. ME., López, P. P., Kanán, C. G., & Rodríguez-Orozco, AR. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35, 147-154.
- Merodio, P. Z., Rivas, A. V., & Martínez, S. A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*. 1(14) Recuperado de <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/800/780>
- Organización de las Naciones Unidas. No hay definición de la familia. Recuperado de [https://c-fam.org/friday\\_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia](https://c-fam.org/friday_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia)
- Organización Mundial de la Salud (2016). Informe mundial sobre diabetes. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud (2016). Perfiles de los países para la diabetes. Recuperado de [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1)
- Pólit, D., & Hungler B. (2012). Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición, Mac Graw Hill.
- Ramírez, M., Ascanio, M., Coronado, M., Gómez, C., Mayorga, L. & Medina, R. (2011). Estilos de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia y Cuidado*, 8(1), 21-28. Recuperado de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=82048&id\\_seccion=4224&id\\_ejemplar=8102&id\\_revista=260](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=82048&id_seccion=4224&id_ejemplar=8102&id_revista=260)
- Rodríguez-Orozco, AR., Kanán-Cedeño, EG., Bautista, C. J., Polina-Carrillo, R., & Gómez-Alonso, O. (2013). No asociación entre percepción del funcionamiento

familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Españolas*, 41(2), 63-66 Recuperado de <https://medes.com/publication/80961>

Romero-Márquez, RS., Díaz-Veja, G., & Romero-Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 125-136. Recuperado de [http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com\\_multicategories&view=article&id=1392:estilo-y-calidad-de-vida-de-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2&Itemid=656](http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1392:estilo-y-calidad-de-vida-de-pacientes-con-diabetes-mellitus-tipo-2&Itemid=656)

Ruiz, M. C. (2017). Boletín epidemiológico sistema nacional de vigilancia epidemiológica sistema único de Información, por semana epidemiológica 2017. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2017/BOL-EPID-2017-SE10>

Sánchez, M. FM., Herrera, M. JL., Samaniego, G. RA., & García, A. I. (2014). Autopercepción de salud, enfermedades crónicas y valoración nutricional de adultos mayores INAPAM, Zacatecas. *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 5(1) Recuperado de <http://mcs.reduaz.mx/ibnsina>

Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Tipo 2(2015). Boletín epidemiológico. Recuperado de [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol\\_diabetes/dm2\\_2015.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_2015.pdf)

Sistema de Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2017). Notificación Semanal Casos Nuevos de Enfermedades 2017. Información epidemiológica de morbilidad. p,

39. Recuperado de

[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_morbilidad/2017/EP\\_I\\_MORBI\\_2017\\_01.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_morbilidad/2017/EP_I_MORBI_2017_01.pdf)

U.S. National Library of medicine. (2017). Medical subject heading. Recuperado de

<http://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>

Villalpando, S. (2013). Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud

y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa Puebla. Cuernavaca,

México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Recuperado de

<http://ensanut.insp.mx/informes/Puebla-OCT.pdf>



## Apéndice A

Benémerita Universidad Autónoma de Puebla  
 Vicerrectoría Investigación y Estudios de Posgrado  
 Dirección General de Estudios de Posgrado  
 Facultad de Enfermería  
 Maestría en Enfermería



### Cédula de datos sociodemográficos

Por favor, lea a continuación las siguientes indicaciones y marque con una **X** según su respuesta. Si cambia de respuesta, borre correctamente lo marcado y vuelva a contestar con una **X** marcando una sola respuesta por cada pregunta.

Es importante que no deje preguntas sin responder Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

#### I.- Datos Biológicos

1.-Edad: \_\_\_\_\_ 2.-Sexo: Masculino  Mujer

#### II. Datos Sociodemográficos

Escolaridad: Ninguna  Primaria  Secundaria  Preparatoria  Licenciatura   
 Bachillerato

Religión: Católica  Cristiana  Testigo de Jehová  Otras

#### III.- Datos Clínico

1. ¿Cuánto tiempo tiene de padecer diabetes?

1 a 5 meses  6 meses a 1 año  2 a 5 años  6 a 10 años  más de 10 años

2 ¿Ha recibido algún tipo de información para su diabetes? Sí  No

3 ¿Cuánto tiempo tiene que recibió información de un profesional de la salud sobre diabetes tipo 2?

1 o 12 meses  1 a 2 años  3 a 5 años  Más de 6 años

4 .Estado civil

Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)   
 Unión libre  Separado (a)  Viudo (a)

6. ¿Cuál es su ocupación actualmente?

Labores del hogar  Empleado  Pensionado  Trabajo independiente   
 Jubilado  Profesionista  Obrero

#### IV Tipos de Familias

**Nuclear**  
 Esposo/esposa, hijos, o ambos

**Ampliada**  
 Esposo/esposa, hijos, o ambos más otros integrantes

**Compuesta**  
 Esposo/esposa, hijos, o ambos más otros integrantes de la familia y personas que no son familia

**Unipersonales.**  
 Integrados por 1 sola persona.

**Corresidente**  
 Formado por 2 o más personas sin parentesco



## Apéndice B



### Cuestionario de Autopercepción del estado de salud familiar

Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez-Picón, & Domínguez-Sánchez (2013).

Por favor responda a las siguientes cuestiones marcando con una cruz solamente una de las siguientes opciones: Casi Nunca (CN) A veces (AV) Casi Siempre (CS)

En mi familia	Casi Nunca	A veces	Casi siempre
1. Las cosas se hacen de forma establecida.			
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.			
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.			
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.			
5. Se valora la realización de actividades intelectuales.			
6. Acudimos a actividades culturales.			
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.			
8. Nos sentimos comprendidos por los demás.			
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.			
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.			
11. Nos ayudamos los unos a los otros.			
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros.			
13. Confiamos los unos en los otros.			
14. Tenemos mucho espíritu de grupo.			
15. En las decisiones importantes participamos todos.			
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo.			
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.			
18. Cada uno cumple sus obligaciones.			
19. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.			
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.			
21. Nos comunicamos sin rodeos			

22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.			
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad.			
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.			
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.			
26. Nos cuidamos unos a otros.			
27. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.			
28. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional.			
29. Sabemos cómo solicitar los servicios municipales.			
30. Sabemos que hacer cuando tenemos un problema de salud.			
31. Valoramos tener hábitos saludables.			
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos.			
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.			
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.			
35. Consideramos suficientes nuestros recursos.			
36. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.			
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera.			
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.			
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.			
40. Intentamos conocer las causas de los problemas.			
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.			
42. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos			



## Apéndice C



### Instrumento de Medición del Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID)

López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma, & Munguía-Miranda (2013).

Le solicitamos responder todas las preguntas.

**Instrucciones:** Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con Diabetes tipo 2. Le agradeceremos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija una sola opción marcando con una cruz X en el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Preguntas	Opciones de Respuesta		
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 a 1	2	3 o más
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente
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) por semana por semana	3 o más veces	1 a 2 veces	Casi nunca

11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus 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 veces	Fumo a diario
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más
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 ha asistido?	4 o más	1 o 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 su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente - mente
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca



## Apéndice D



### Consentimiento Informado

**Título del Proyecto:** Relación de salud familiar y estilos de vida en personas con DT2

**Investigador responsable:** LE. Wendy Cortés Mendoza

**Director de tesis:** Dra. Beatriz García Solano

Estimado señor (a), estamos interesados en conocer la relación que existe entre la salud y estilos de vida en personas con diabetes tipo 2, por tal motivo se le invita a participar en dicho estudio, como un proyecto científico y académico. La presente investigación es un requisito para obtener el grado de Maestra en Enfermería, por lo cual se le explicará el propósito de estudio, así como los procedimientos y beneficios. Sin embargo, si usted acepta participar, se solicitará su firma de consentimiento informado.

#### Descripción del procedimiento:

Es necesario contestar una Cedula de datos sociodemográficos, una escala de autopercepción del estado de salud familiar y un instrumento de medición de estilos de vida en diabéticos; los cuales serán aplicados en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar en un horario específico que no interrumpa sus actividades personales y su atención médica. Con una duración aproximada de 20 minutos para responder los cuestionarios. El destino de la información será la destrucción total en un lapso no mayor a 6 meses, para conservar su estado de anonimato. Además usted, contará con la libertad de retirar su consentimiento de participar en cualquier momento, sin verse afectada su atención médica por parte de la institución.

En caso de dudas sobre los derechos acerca de su participación en dicho estudio, podrá comunicarse a la Secretaria de Investigación en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ubicada en 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes, Puebla, Puebla. C.P. 72410 teléfono: 01 (222) 229 5618, fax: 01 (222) 229 5619. Coordinación correo electrónico [master.febuap@gmail.com](mailto:master.febuap@gmail.com).

Autorizo voluntariamente participar en esta investigación y he leído la información en este documento y todas mis preguntas y dudas han sido respondidas.

---

Firma del participante

---

Firma del investigador/encuestador

---

Firma del testigo (1)

---

Firma del testigo (2)