Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería

Tesis

Relación entre la funcionalidad familiar, apoyo familiar y automanejo de la diabetes tipo 2 en personas adultas

Presenta:
EPSS. Pérez Rubin Vianka Mariana

Director de Tesis:
DCE. Maricarmen Moreno Tochihuitl

Para Obtener el Grado de
Licenciada en Enfermería

Enero 2025

Tesis: Relación entre la funcionalidad familiar, apoyo familiar y automanejo de la diabetes tipo 2 en personas adultas

Número de registro: SIEP/LE/010/2024

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Maricarmen Moreno Tochihuitl
Presidente

ME. Carmen Cruz Rivera
Secretario

ME. María del Rosario Ricardez Ramírez
Vocal

DCE. Maricarmen Moreno Tochihuitl
Director de Tesis

DCE. Francisco Javier Báez Hernandez
Director

DCE. Vianet Nava Navarro
Secretaria Académica

Agradecimientos

Estoy muy agradecida con el programa nacional del servicio social en investigación en salud por la oportunidad de realizar esta tesis a la par de mi servicio social, impulsando en mi un nuevo deseo de investigación como profesional de la salud para la mejora de la población. Así mismo agradezco a la facultad de enfermería de la BUAP por habilitarnos el espacio y siempre apoyarnos a mi directora y a mí para la realización de este proyecto.

De igual manera, agradezco a mi directora de tesis por todo el apoyo que me brindó, por los consejos y el impulso emocional que me proporcionó, así como el tiempo que se dio para resolver mis dudas y retroalimentar este trabajo.

Finalmente agradezco a mi familia y amigos que siempre me dieron ánimos y apoyo para dar siempre mi mejor esfuerzo.

Dedicatoria

A mis abuelos Guillermina y Alejandro, que me dieron todo mientras estuvieron conmigo, ahora son mis estrellas más brillantes, me siguen guiando y cuidando desde el cielo y sé que estarían muy orgullosos de este logro.

A mi madre Icela que me ha apoyado económicamente y me ha enseñado valores, disciplina y a ella le debo quien soy hoy en día. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

También le dedico este logro a mis mascotas de apoyo emocional que son 3 perritos: Suki, Loki y Mar, quienes me han brindado mucho amor y se han desvelado conmigo estudiando, han logrado que muchas veces mi estrés se reduzca y siempre me sacan una sonrisa cuando llego a casa.

Finalmente le agradezco a mis dos tías Luz y Mireya y a mi amiga Arely por el apoyo que me brindaron para no desistir y poder culminar esta etapa.

Índice de contenido

	Página
Capítulo I introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	
1.2 Marco de investigación (teórico, conceptual, referencial)	3
1.3 Definición de términos	12
1.3.1 Definición conceptual de términos	
1.3.2 Definición operacional de términos	14
1.4 Estudios relacionados	16
1.4.1 Estudios indirectamente relacionados	21
1.5 Objetivo general	25
1.5.1 Objetivos específicos	25
1.6 Hipótesis	26
Capítulo II Metodología	27
2.1 Diseño del estudio	
2.2 Población	27
2.3 Muestreo y muestra	27
2.4 Criterios de selección	27
2.4.1 Criterios de inclusión	28
2.4.2 Criterios de exclusión	28
2.4.3 Criterios de eliminación	28
2.5 Instrumentos de recolección de datos	28
2.6 Procedimiento de recolección de datos	30
2.7 Ética del estudio	32
2.8 Plan de análisis estadístico	34
2.9 Variables de estudio	34
Capítulo III Resultados	36
3.1 Estadística descriptivos	36
3.2 Confiabilidad de los instrumentos	42
3.3 Prueba de normalidad	43
3.4 Estadística inferencial	44

Capítulo IV Discusión 46
4.1 Conclusión 48
4.2 Limitaciones 49
Referencias 50
Anexos 56
Anexo 1. Consentimiento informado 56
Anexo 2. Cédula de datos personales 58
Anexo 3. Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar (Apgar family) 59
Anexo 4. Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) 60
Anexo 5. Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes (SDSCA) 61

Índice de tablas

Página
Tabla 1. Características de las variables 34
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra 37
Tabla 3. Tiempo de tratamiento y diagnóstico 41
Tabla 4. Medidas de tendencia central de las variables de estudio 42
Tabla 5. Confiabilidad de los instrumentos 43
Tabla 6. Prueba de normalidad de las variables de estudio 44
Tabla 7. Correlación de las variables de estudio 44

Resumen

Candidato para el Grado de	Licenciada en Enfermería
Fecha de graduación	Enero 2025
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las tesis	Relación entre la funcionalidad familiar, apoyo familiar y automanejo de la diabetes tipo 2 en personas adultas
Número de páginas	62
Área de estudio	Enfermería Comunitaria

Introducción: El funcionamiento familiar es importante para el crecimiento y bienestar de sus integrantes, como red cercana de las personas con DT2 (ADA, 2021), es un factor determinante para la salud, que se refleja en la forma de brindar apoyo familiar, el cual es considerado como la interacción reciproca que se da para cubrir necesidades físicas y emocionales, el apoyo adecuado permite al integrante con DT2 llegar a tener un buen control de la enfermedad y evitar complicaciones (OPS, 2020). Lo anterior contribuye a la disciplina de enfermería al generar conocimiento sobre el ambiente que rodea a las personas con DT2 que permita lograr un mejor automanejo y mejor adherencia a los cuidados de enfermería y al tratamiento.
Objetivo: Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar, el apoyo familiar y el automanejo en adultos con DT2 que acuden al centro de salud Tepeyac.

Metodología: Cuantitativo, correlacional, transversal, la recolección de datos se realizara mediante un muestro por conveniencia, con una n= 81 participantes, se aplicaran instrumentos los siguientes instrumentos: Apgar familiar, Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (MSPSS) y Cuestionario de actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA), a personas adultas de ambos sexos que padecen DT2, que acuden regularmente a consulta, la recolección de datos se hará mediante un listado de pacientes con cronicidad, con previo permiso de las autoridades del centro de salud y revisión por el comité de bioética, se les hará la invitación a los pacientes y cuando acepten se les proporcionara el consentimiento informado, los instrumentos y en caso de no haber duda se da por concluida la recolección de datos, todo esto en un espacio del centro de salud donde se preserva la individualidad y confidencialidad de sus respuestas, finalmente, los datos se analizaran los datos con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se describen las características sociodemográficas de la muestra, los cuales reflejan que predomina más el sexo femenino con un 50%, con un rango de edad entre 46 a 59 años (72.8%), el 54.3% de los participantes estudiaron hasta la primaria, predominan más las personas casadas, en su mayoría se dedican a labores de ama de casa, el tratamiento más frecuente fueron los hipoglucemiantes orales, el 91.4% vive actualmente con algún integrante de la familia, el 86.4% tiene acceso de salud a alguna dependencia de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla, el 46.9% tiene una vivienda propia, de los cuales el 69.1% cuenta con todos los servicios y finalmente la religión más frecuente fue la católica con un 70.4%.
Para el primer instrumento denominado Escala de evaluación familiar (Apgar family) se obtuvo un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 40, con una M=23.08 y una DE= 9.51, esto nos indica que los participantes perciben a su familia como una familia normal o funcional.

Para la segunda Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) se obtuvo un valor mínimo de 18 y un máximo de 78, con una M= 50 y una DE= 13. 33, esto nos indica que reciben un apoyo adecuado. Finalmente, el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) reportó un valor mínimo de 21 y un máximo de 63, con una media de 40.14 y una desviación estándar de 10.54 lo que nos indica que se encontró automanejo y mejor adherencia al tratamiento en más de la mitad de los participantes.
El instrumento Escala de evaluación familiar (Apgar family) obtuvo un Alpha de .904, considerado excelente; el instrumento Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) obtuvo un Alpha de .837 considerado con buena confiabilidad y finalmente para el instrumento Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) se obtuvo un Alpha de .600, considerado con una confiabilidad baja pero aceptable. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov los resultados muestran que el nivel de significación de las variables de estudio es mayor que 0.05, por lo tanto la distribución es normal.

Finalmente, se presenta una tabla donde se muestran las correlaciones de nuestras variables de estudio: funcionalidad familiar, apoyo, automanejo. Para dar respuesta a la primera hipótesis establecidas sobre si el apoyo familiar da respuesta a situaciones cambiantes y en crisis, se obtiene funcionalidad familiar, los resultados demuestran que existe una relación fuerte entre las variables de apoyo y funcionalidad (r=.796, p= .001). Por lo tanto, la hipótesis es aceptada. Para dar respuesta a la segunda hipótesis donde se describe que a mayor automanejo de la enfermedad en las personas con DT2, mayores niveles de funcionalidad familiar, los resultados muestran que existe una relación moderada entre las variables de automanejo y funcionalidad (r=.450, p= .001). Para la tercera hipótesis, donde se redacta que, cuando se tiene apoyo por parte de los seres queridos se obtiene un mejor nivel de automanejo de la enfermedad, los resultados muestran que existe una relación moderada entre las variables apoyo y automanejo (r=.580, p= .001).

Conclusión: La relación entre las variables: funcionamiento familiar, apoyo familiar y automanejo, se vinculan de forma positiva con la finalidad de obtener un beneficio o un determinado impacto en el cuidado de las personas que experimentan la enfermedad de DT2. Cuando la familia responde positivamente a situaciones cambiantes en su entorno o en sus integrantes y brindan apoyo ya sea económico, moral o emocional al integrante con DT2, se experimenta un cambio para una mayor motivación que le permitirá enfrentar su enfermedad llevando una correcta adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables. Por lo tanto, es indispensable que el personal de enfermería preste mayor atención no solo a los parámetros vitales de los pacientes, también, darse a la tarea de indagar sobre su entorno, interacciones familiares, que determinan el tipo de apoyo que recibe y de esta manera llevar un correcto automanejo que resulta en una adecuada calidad de vida, lo anterior permitirá realizar un proceso de enfermería de forma sistemática y contribuir a la disminución de complicaciones que afectan al integrante y sus familiares.

Palabras Clave: funcionalidad familiar, apoyo familiar, automanejo, DT2

Firma del director de tesis: DCE. Maricarmen Moreno Tochihuitl

Capítulo 1

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con la American Diabetes Association la diabetes es un problema que ocurre cuando el cuerpo humano tiene niveles elevados de glucosa en la sangre, esto también es llamado hiperglucemia (ADA, 2021). La Diabetes tipo 2 (DT2) se entiende como cuando el cuerpo no utiliza la insulina de forma adecuada, esto también es conocido con el nombre de resistencia la insulina, hay ocasiones en las que las células beta pueden compensar esa falta de insulina, pero a través del tiempo el páncreas ya no puede producir la suficiente cantidad de insulina para poder mantener los niveles de glucosa en sangre adecuadamente (ADA, 2021).

A nivel mundial, de acuerdo con, la Organización Panamericana de la Salud se estima que 422 millones de personas viven con diabetes (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). En México, 2020, la DT2 pasó a ser la tercera causa de defunciones, superada solamente por el COVID-19 y las enfermedades cardiovasculares" (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2021). En 2022 la prevalencia de diabetes fue de 18.3%, lo que equivale a 14.6 millones de personas adultas (Basto, López, Rojas, Aguilar, Moreno, Carnalla, Rivera, Romero, Barquera, Barrientos, 2023). De acuerdo con el INEGI, las cifras de mortalidad en México 2021, 13 % de las defunciones en México fue por diabetes. A nivel local en 2020, en el estado de Puebla un total de 10 mil 34 personas fallecieron a causa de DT2, con lo cual se colocó como la cuarta entidad con mayores defunciones provocadas por complicaciones de esa enfermedad. De aquellos que fallecieron por dicha enfermedad, 5 mil 122, es decir el 51%, eran del sexo masculino; y 4 mil 912, que se traduce en el 49%, eran mujeres. Los datos del INEGI indican que de las y los muertos, el 82.4 por ciento tenía 55 o más años (Gutiérrez, 2021).

La DT2 es una enfermedad que va en incremento, por lo tanto hay diversos factores que engloban a los pacientes que sufren esta enfermedad, el inadecuado entorno de la familia, la dificultad para apegarse al tratamiento y a las recomendaciones y lo difícil que es para algunos adultos recibir y aceptar el apoyo por parte de sus seres queridos, por ende el importante conocer cómo es su ambiente familiar, el apoyo que reciben y la motivación que les falta a los adultos que padecen la enfermedad para así lograr un mejor autocuidado, que a su vez conlleva a un mejor autocontrol de la enfermedad y evitar complicaciones.

La familia es el núcleo importante para el crecimiento y realización de la persona, es la que provee valores, costumbres y creencias al grupo familiar y los aportes afectivos y materiales que brinda son fundamentales para el desarrollo y bienestar de sus miembros (Higuita y Cardona, 2016). El buen funcionamiento familiar es un factor determinante para la salud, según recientes estudios reportan una asociación entre la familia y problemas de salud física y emocional (Vallejos y Vega, 2020).

Los retos que enfrentan las personas y principalmente los adultos con DT2 pueden ser muy diversos y complicados, entre ellos están los emocionales como los sentimientos de tristeza, preocupación, miedo, frustración, incertidumbre, desánimo y depresión, los sociales como el aislamiento social al aumentar o disminuir de peso, aislamiento social y aislamiento familiar por lo que al lleva la sobrecarga de dichos problemas se logra un descontrol en el manejo de su enfermedad (Peñarrieta, Ramírez, León, Gutiérrez, Piñones, Quintero, 2020).

La enfermería es una ciencia que se dedica al cuidado y busca el bienestar de la población en general, por lo tanto las personas con DT2 son de mucha importancia, dado que se tiene contacto con los pacientes desde el primer nivel de atención hasta el nivel hospitalario por complicaciones y mediante este proyecto podemos lograr un impacto desde la promoción y prevención, como por ejemplo desarrollando estrategias resaltadas

en el papel de la familia, amigos y del mismo paciente en el manejo de la enfermedad en el hogar, de manera que permita enfrentar de forma positiva el cambio en el estilo de vida y junto con el apoyo se logre un correcto automanejo de la enfermedad.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la percepción de la funcionalidad familiar, apoyo familiar y el automanejo de adultos con DT2 en el centro de salud Tepeyac?

1.2 Marco de Investigación (teórico, conceptual, referencial)

Modelo de la Organización Sistémica MOS (familia como contexto) fase del individuo.

El Modelo de Organización Sistémica (MOS) es una teoría de rango medio desarrollada por la Dra. Marie Louise Friedemann (1995); se fundamenta con cuatro conceptos principales, los cuales se describen a continuación:

Medio ambiente: se define cuando el estado de los sistemas tiene una sintonía entre sí, en el ritmo y patrones, de manera que la energía pueda fluir libremente. El sistema tiene propiedades propias que son diferentes de la suma de sus partes. Las organizaciones humanas son sistemas sociales de diferente tamaño y composición, complejidad en el que la persona individual funciona como el más pequeño subsistema.

Los sistemas sociales son instituciones tales como familias, escuelas, trabajos, etc. Y se diferencian de los biológicos cuando los subsistemas humanos tienen la capacidad de dirigir las operaciones d ellos sistemas internos a través de la toma de decisiones.

Finalmente, los humanos desempeñan roles asignados y funcionan como subsistemas de muchos otros sistemas sociales, para intercambio de información, energía y material con ellos y además con su propio sistema personal para un continuo cambio y evolución.

Persona: Es un individuo que está en contacto con más subsistemas y al mismo tiempo con los microsistemas que lo componen. Los humanos involucrados con sistemas que no reflejan sus propios valores y creencias experimentan incongruencias. La ansiedad surge a través de la tensión sistémica resultante de la incongruencia del sistema.

Dentro del sistema se ubican los cuatro metas: control, espiritualidad, estabilidad y crecimiento, cuyo fin es formar un equilibrio dinámico entre la congruencia del entorno y su propio orden. A continuación, se describen:

Control: permite reducir la ansiedad provocada por una sensación de vulnerabilidad, a través del orden los humanos mantienen el sistema sin cambios y regulan o canalizan la información para producir una evolución deseable; además muchas circunstancias de su vida personal no pueden manejarse mediante medios de control habituales.

Espiritualidad: favorece en las personas convivir en condiciones primitivas que apuntan a lo espiritual como su principal defensa contra la impotencia y el desamparo. La espiritualidad es saludable cuando resulta en congruencia con los sistemas y se experimenta como un sentido de pertenencia, aceptación, respeto e interioridad.

Estabilidad: aborda el núcleo de una persona, carácter y personalidad. Esta integrada por un conjunto de valores, actitudes y reglas de vida, las personas siguen estas reglas para protegerse de influencias perturbadoras que podrían poner en peligro la integridad del sistema. Una persona puede cambiar sus patrones de conducta y actitudes sin afectar la estabilidad del sistema, siempre y cuando los cambios sean congruentes con el patrón básico de valores.

Crecimiento: es necesario cuando la estabilidad de una persona se ha vuelto incongruente con el entorno y resulta en nuevos comportamientos derivados de un conjunto de creencias actitudes. Si el proceso sistémico es exitoso junto con los objetivos se logra una congruencia que representa un patrón de vida básico y estable donde se puede entender completamente los procesos del sistema.

Para alcanzar dichas metas, la persona deberá desarrollarse en cuatro dimensiones: 1) Mantenimiento del sistema: está dirigido a la estabilidad y control que incluyen todas las acciones que mantienen al sistema y lo protegen de amenazas. El mantenimiento del sistema abarca acciones de autocuidado y estilos de vida saludable. Representa un orden o patrón de vida controlable que le proporciona a una persona seguridad y autonomía.

Una persona puede modificar la estructura del sistema sin experimentar dolor y problemas que a menudo se asocian a los cambios en el sistema.

2. Cambio del sistema: Para que ocurra un cambio en el sistema de una persona debe experimentar presión en el entorno, tensión o infelicidad, lo que obliga a la persona a establecer nuevas prioridades en su vida. El cambio en el sistema se produce mediante actos consientes y controlados por la persona que conducen a decisiones de si o no para intercambiar información, reemplazar valores antiguos y actitudes. Los cambios y procesos resultantes se producen incorporados al mantenimiento del sistema y constituyen nuevos patrones para ser utilizados de forma continua.

Coherencia: Significa la unión de los subsistemas de una persona en un sistema unificado, en conjunto y con todas las conductas necesarias para mantener la unidad de valores, creencias y percepciones subyacentes para la coherencia del yo y del propósito humano en la vida. Las personas coherentes se sientes seguras y en paz, aceptan sus debilidades y al mismo tiempo reconocen habilidades y talentos que convierten en acciones.

Individuación: sintoniza con otros sistemas, en consecuencia la individualización, conduce al crecimiento y a la espiritualidad, pero el crecimiento no puede ocurrir de forma aislada. Las acciones de individualización incluyen actividades importantes que amplían el horizonte de una persona, enseñan sobre uno mismo, sobre los demás y conducir a una nueva perspectiva y sentido de propósito en la vida.

Salud: Es la congruencia del patrón sistémico temporal y espacial con el orden universal. Los ritmos y patrones perpetuos de energía son calmantes y promueven una sensación de bienestar. Todas las partes de un sistema y todos los sistemas externos están interrelacionados. Una vez que un sentimiento como por ejemplo la ansiedad, es interpretado, reprimido o concentrado y puesto en acción, su efecto físico en los órganos puede resultar en síntomas de enfermedad.

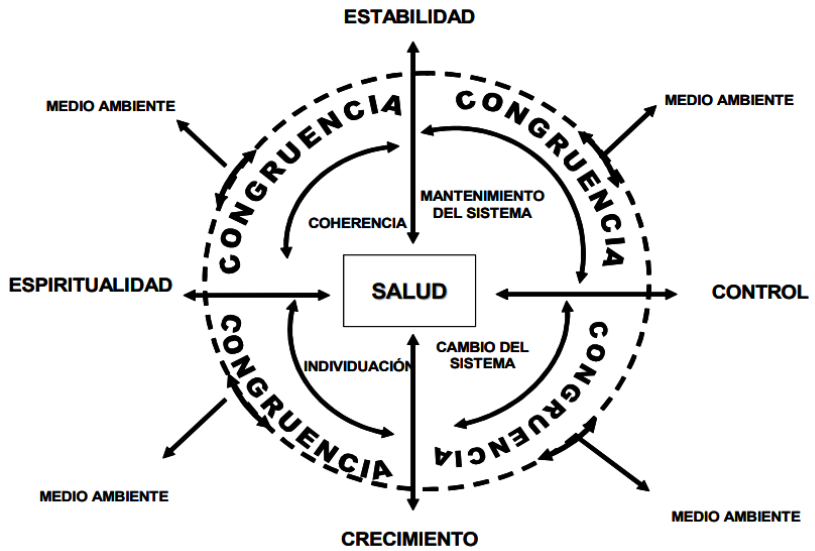


Figura: Procesos de vida del sistema humano

Un proceso de retroalimentación puede durar largos periodos de tiempo, representando el patrón de vida de una persona, estableciendo una dimensión de mantenimiento de un sistema con una incongruencia prolongada donde cada vez se vuelve más difícil evitar las causas, efectos y cambios destructivos del sistema original.

La enfermedad física se define como un mal funcionamiento de uno o más sistemas o microsistemas orgánicos humanos. Como tal la enfermedad física no es equivalente a una falta de congruencia entre sistemas y subsistemas.

Familia: Es una unidad de estructura y organización que interactúa con su entorno. La familia es un sistema con sistemas interpersonales de diadas, triadas y unidades más grandes definidas por lazos emocionales y con responsabilidades comunes. La familia está compuesta por individuos que tienen relaciones distintas con los miembros de la familia y los sistemas de contacto del medio ambiente.

La definición de familia es subjetiva y difiere según la perspectiva de cada miembro. Los miembros de la familia no necesitan estar relacionados biológicamente.

Procesos familiares: El objetivo del sistema familiar es transmitir cultura, es decir, perdurar, adaptarse al cambio y mantener la congruencia con su entorno. Con el tiempo se mantiene la estabilidad de una cultura a través de la transmisión de patrones y valores familiares a la siguiente generación.

Objetivos familiares: Las familias adaptándose a los cambios dentro del sistema y del medio ambiente, emplearan comportamientos de acuerdo con sus planos. La flexibilidad permite incorporar nuevos conocimientos que conducirán a cambios en la estructura y el proceso a medida que el sistema evoluciona.

Estabilidad: Aborda las tradiciones y patrones del comportamiento arraigado en valores básicos, culturales y creencias. Los miembros de las familias sanas se adhieren a los valores familiares y a respetar las tradiciones que les proporcionan sentido de pertenencia y seguridad.

Crecimiento: La comunicación es la herramienta para una vida sana y el proceso del crecimiento en el sentido de que permite a la familia procesar nueva información y adaptarse a ello.

El crecimiento familiar ocurre siempre de manera secundaria al cambio en sus miembros. La familia tiene la difícil tarea de encontrar un equilibrio entre estabilidad y crecimiento que conduzca a la congruencia entre los miembros y el entorno.

Control: El objetivo del control abarca la estructura organizativa de la familia.

En conjunto una familia sana puede satisfacer su necesidad de autonomía, mejor que cualquier otro sistema. Permite a sus miembros asumir importantes roles a través de los cuales mantienen una mini estructura civil de familia que da perseverancia y fortaleza al sistema a través de que puedan ganar confianza personal en si mismos.

Espiritualidad: El objetivo de la espiritualidad es un aspecto importante de la cultura familiar. La espiritualidad abarca todo lo que une a los miembros de la familia, emocionalmente y anima a buscar el crecimiento personal fuera de la familia. A través de esta, los miembros de la familia reducen su aislamiento, conectan mejor y se sienten consolados en momentos difíciles.

Las dimensiones del proceso se describen a continuación:

Mantenimiento del sistema: Consiste en aquellos comportamientos y estrategias superiores que están ancladas en la tradición de la estructura familiar.

La palabra estrategia significa acciones colectivas en el sentido de número de miembros de la familia que participan en la realización de determinadas tareas y asumir roles mutuamente necesarios para alcanzar un objetivo previsto. Las estrategias abarcan los estilos de vida diaria de la familia. Las actividades familiares deben coordinarse para satisfacer las necesidades de más de un miembro de la familia.

Además ciertos planes o decisiones involucran cosas materiales; esto muestra la suma de las cosas coordinadas encaminadas a mantener la familia en funcionamiento de acuerdo con los objetivos de estabilidad y control.

Cambio de sistema: Conduce a la corporación de nuevos conocimientos y la asunción de una nueva familia, que abarcan los comportamientos, estructuras y valores.

Para facilitar el cambio de sistema, las familias permiten un libre flujo de energía y material, dentro y fuera del medio ambiente, absorbiendo información del sistema y de la retroalimentación ambiental. El resultado del proceso de cambio de sistema es una decisión

sobre la aceptación o rechazo de ciertos valores que se pueden hacer absorbiendo conocimientos e información.

El cambio se refiere a alteraciones significativas del funcionamiento del sistema con repercusiones en el sistema tradicional de valores familiares que requieren cooperación y acuerdo de todos los miembros.

En familias en las que la flexibilidad es alta, los cambios pueden hacerse fácilmente sin afectar los valores o la estabilidad familiar.

Coherencia: El foco principal de la coherencia e individuación está en las actividades de los subsistemas de la familia. La coherencia apunta a la estabilidad de la familia. Su resultado es una sensación de unidad, pertenencia y compromiso mutuo con el sistema familiar, a través de la coherencia y afecto los miembros de la familia adquieren una identidad que se vuelve integral desarrollando así, su estructura personal.

individuación: Una familia que enfatiza la individuación anima a sus miembros a adquirir nuevos conocimientos, establecer nuevos roles dentro del entorno y así experimentar un crecimiento personal. Las acciones que la familia puede emprender como apoyo es permitirles a sus miembros expresar su personalidad como elegir sus amigos, etc. Las estrategias familiares relacionadas con la individuación también son categorizadas según las condiciones terrestres, espacio, tiempo y energía.

A través de la individuación, nueva información, nuevos valores y actitudes familiares exigen la entrada del sistema. Se debe esperar una respuesta a los cambios dentro de los miembros, por lo tanto, la individuación, es un primer paso hacia el cambio familiar.

Salud familiar: Es la experiencia de congruencia en la familia, lográndose equilibrar los cuatro objetivos, de acuerdo con los cambios y situación de la familia. Los objetivos del sistema enfatizan y combinan unos con otros de tal manera que ninguno de la familia compromete su

crecimiento personal ni su sentido de bienestar al estar en interacción con los otros miembros de la familia o con el entorno.

Una familia sana proporciona bienestar a los miembros y reduce su ansiedad. El estilo de la familia se define por el énfasis en los objetivos y sirve como modelo para las respuesta sal cambio.

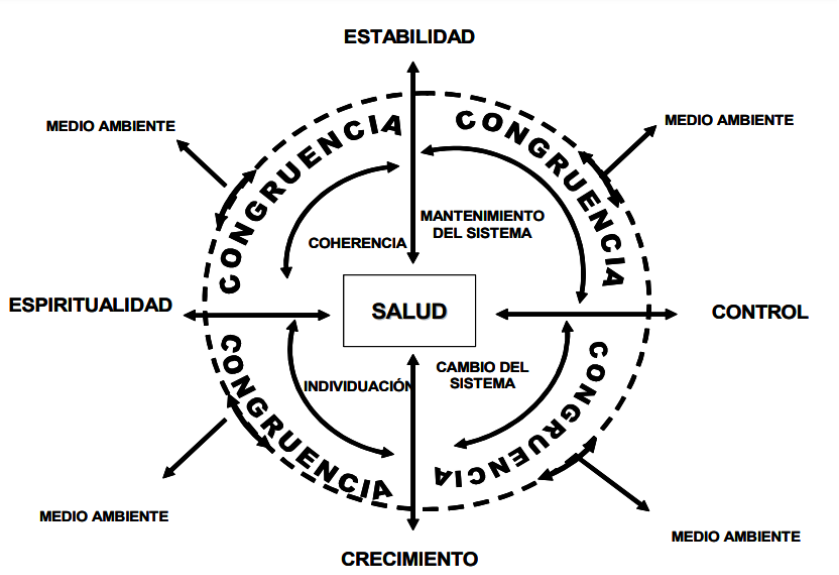


Figura: Procesos de vida del sistema familiar

Supuestos

Persona

1. Las personas tienen la capacidad de trascendencia a través del cual pueden reestablecer la congruencia con los sistemas, con su entorno y con el orden del universo

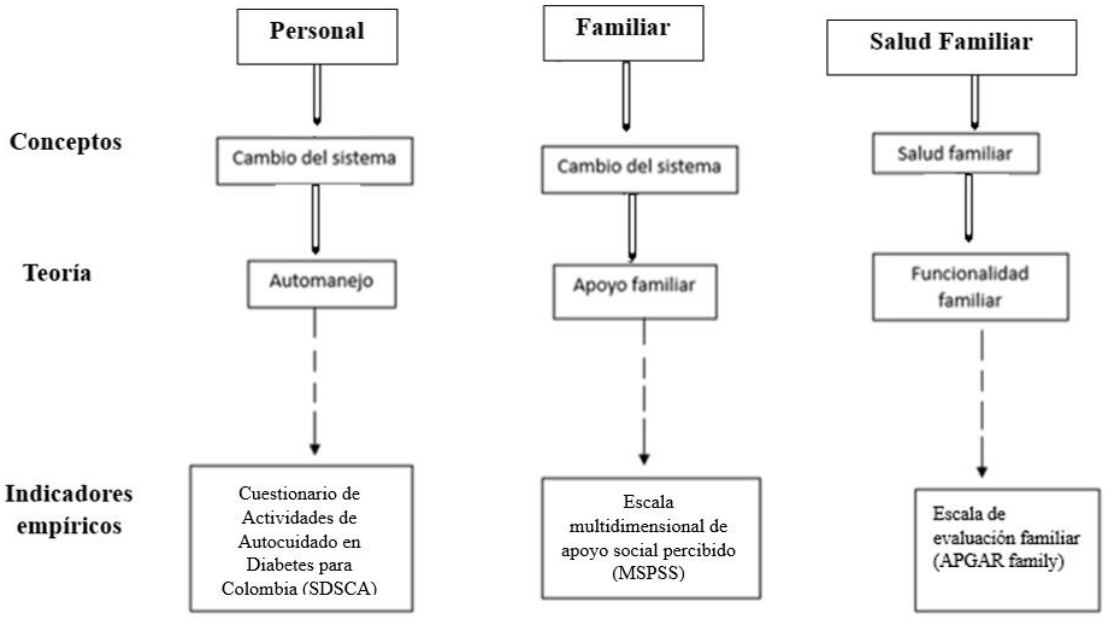
Familia

1. La familia satisface las necesidades de control de su entorno por parte de sus miembros y los guía en la búsqueda de su lugar en la red de sistemas a través de la espiritualidad

Salud familiar

1. La salud familiar es un proceso dinámico que, en respuesta a situaciones cambiantes, intenta nuevamente establecer congruencia dentro del sistema y del medio ambiente

Estructura Conceptual, teórico empírica

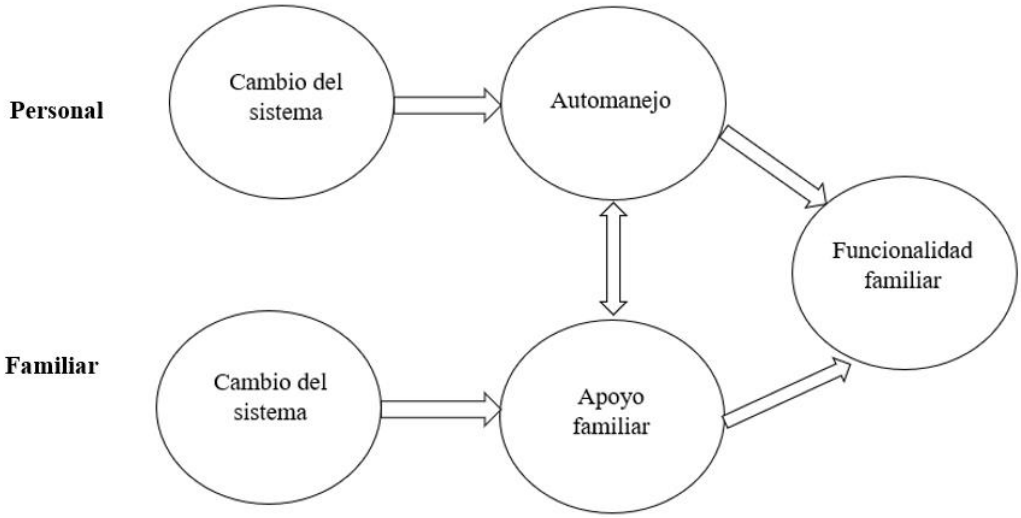


Ubicación del fenómeno de estudio (variables de interés)

Para ubicar el fenómeno de estudio que consiste en entender, la conducta de una persona con DT2, se abordara la dimensión cambio del sistema a nivel personal y familiar; la primera consiste en: como la persona se enfrenta a nuevos retos a raíz de que se le diagnostica la DT2 y la segunda en como las nuevas circunstancias se adhieren a la familia y como esta las enfrenta.

Entender la dimensión seleccionada a nivel familia e individual permitirá conocer de mejor forma como ocurre un cambio, para el cual podría, o no, estar preparado para enfrentarlo, tanto el cómo su familia, por lo tanto, la persona debe apegarse a un nuevo estilo de vida con hábitos más saludables para mejorar su bienestar y controlar mejor su enfermedad, mientras tanto, la familia mediante su apoyo puede lograr que la persona no decaiga, y pueda tener un mejor afrontamiento ante el problema que este viviendo, para de

esta manera, se logre un funcionamiento familiar adecuado, para llegar a las metas de espiritualidad, estabilidad, crecimiento y control y de esta manera tanto la persona con DT2 y su familia puedan experimentar la congruencia.



1.3 Definición de términos

1.3.1 Definición conceptual de términos

Automanejo: Son las estrategias que las personas realizan para vivir bien, incluido el cuidado profesional médico, la responsabilidad de sus roles sociales y emocionales, el automanejo es un proceso continuo y de por vida con diferentes demandas, varía en el momento del diagnóstico, una vez que se ha alcanzado una nueva normalidad y cuando el envejecimiento o la multimorbilidad complican la vida (Malibrán, Piñones, Gutiérrez, Rivero, Lévano, Vejarano, 2021). También se define como la forma de evitar las complicaciones innecesarias, lo que maximiza la calidad de vida con el aumento de apoyo informal y formal, se refiere que el automanejo se compone de cinco dimensiones: recursos, conocimientos, adherencia, participación activa y toma de decisiones informadas en referencia a algún padecimiento, asimismo se documentó que la interacción entre automanejo e intensificación del tratamiento

contribuyen a disminuir el nivel glucémico en personas con DM (León, Peñarrieta, Gutierrez, González, Flores, 2019). Las intervenciones basadas en el automanejo han tenido un impacto positivo en los pacientes con DM2, ya que se reportan un menor número de hospitalizaciones, mejor control glucémico, mejora de problemas psicosociales, conductuales, calidad de vida y menor riesgo de complicaciones (Castellanos, Méndez, Salamanca, Tapia 2022).

Apoyo Familiar: El apoyo social es "un recurso de afrontamiento que puede reducir los efectos psicológicos adversos de los factores de estrés"; la fortaleza familiar se define como "la capacidad de la familia para trabajar juntos contra los factores de estrés y encontrar soluciones a los problemas" (Ferrer, 2018).

Un individuo con diabetes se dirige casi siempre a su familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica y, por lo tanto, en el control de la diabetes. El tipo y cantidad de ayuda que requiere el diabético dependerán del grado en que puede satisfacer las necesidades que se generan por el padecimiento, estas necesidades se agudizan conforme el padecimiento deteriora el funcionamiento del paciente, sobre todo cuando no se observa en forma estricta el tratamiento médico, apresurando los procesos degenerativos. (Reynoso, Hernandez, Martínez, Zamudio, Islas, Pelcastre, Garnica, Ruvalcaba, 2020). El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros (familia, amigos, pareja, vecinos, instituciones, comunidad, etc). Este concepto está constituido por tres dimensiones: apoyo instrumental, que se refiere al soporte material o de servicios; apoyo cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno; y apoyo emocional, entendido como la posibilidad de compartir sentimientos,

pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas (Mosqueda, Mendoza, Jofré, Barriga, 2015).

Funcionalidad familiar: Se define como la habilidad de los integrantes de una familia en lograr su desarrollo integral. La familia, al ser el entorno más cercano al paciente, constituye el soporte para que el paciente logre una óptima adherencia al tratamiento, puesto que, se ha reportado que la adherencia al tratamiento depende de factores demográficos, sociales y económicos (Hernandez, Cordori, Basurto, Inga, Valladares, 2023). Es el conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. La evaluación del funcionamiento familiar permite conocer si las funciones de los miembros de una familia se están cumpliendo y ayuda a saber cómo es que se afronta una crisis (Barreras, Muñoz, Pérez, Gómez, Juárez, Estrada, 2021). Son los procesos de cambio en los que se pueden facilitar o promover la adaptación de la familia en una situación determinada. La familia debe ser capaz de mantener una estabilidad o congruencia, para que así pueda lograr un espacio familiar interno definido con reglas aceptadas, que proporcionan a cada miembro, un marco de orientación afectivo y cognitivo, por lo tanto, una de las funciones que deben mantener las familias es la flexibilidad, debido a que se considera necesaria para garantizar el cambio y el desarrollo, en una situación de crecimiento y condiciones ambientales cambiantes (Delfín, Cano, Peña, 2020).

1.3.2 Definición operacional de términos

Automanejo: Indica la participación y acciones de la persona con DT2 en el tratamiento, la educación sobre su condición o enfermedad, su disponibilidad para mejorar su estilo de vida, su mejor adherencia al tratamiento y su manera de sobrellevar su diagnóstico, incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social. Las intervenciones basadas en el

automanejo han tenido un impacto positivo en los pacientes con DM2, ya que se reportan un menor número de hospitalizaciones, mejor control glucémico y en general mejor calidad de vida. Esta variable será medida con el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes para Colombia (SDSCA), Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic (1994).

Apoyo Familiar: es un recurso para afrontar los efectos psicológicos adversos del estrés generado cuando un integrante de la familia padece DT2; así mismo, el apoyo puede percibirse a nivel instrumental, como el soporte material o de servicios que dan al integrante con DT2, también de forma cognitiva mediante el intercambio de consejos y/o experiencias y mediante el apoyo emocional. Por tanto, el apoyo familiar se define como la capacidad que brindan los integrantes de la familia para sobresalir juntos contra los factores de estrés y encontrar soluciones a los problemas y las crisis que enfrenta ante la presencia de la DT2. Dicha variable será medida con la escala Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet, Dahlem, Farley (1988).

Funcionalidad familiar: Se refiere a las habilidades de los integrantes de una familia para lograr un desarrollo integral, es el conjunto de atributos que caracterizan a las familias como un sistema y que explica la forma en que el sistema familiar opera, evalúa o se comporta, cuando uno de sus integrantes es diagnosticado con DT2, se permite conocer si las funciones de los miembros de una familia se están cumpliendo y ayuda a saber cómo es que se afronta el problema, dicha variable será medida con la escala de evaluación familiar APGAR Family, Gabriel Smilkstein (1978).

1.4 Estudios Relacionados

Funcionalidad familiar

Ponce-Alencastro Jhon Alexander; Zambrano-Acosta Jimmy Manuel; Salazar-CobeñaGladys Varinia en 2022 realizaron un estudio de tipo experimental, descriptivo, de corte transversal bajo el paradigma positivista planteándose metodológicamente el enfoque cuantitativo, con una muestra de 66 personas mayores que reciben atención en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y el autoestima en personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en un centro médico privado de la ciudad de Portoviejo, con un instrumento que fue la escala de Evaluación Familiar (Apgar Family) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith para generar datos mediante la aplicación de una encuesta sociodemográfica presencial; obteniendo unos resultados de que se estableció una correlación altamente significativa de p=0.005 entre las variables funcionalidad familiar y autoestima. Concluyendo que la funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de autoestima de las personas mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2, lo que refleja la importancia de una buena dinámica familiar como el apoyo social más importante, generador de vínculos afectivos y de conductas más saludables.

Hernandez, Cordori, Basurto, Inga, Valladares realizaron un estudio en 2020 con el objetivo de determinar la frecuencia y asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes en pacientes atendidos en el programa de pacientes crónicos en un establecimiento de salud de atención primaria de Lima, el estudio fue de tipo transversal, con una muestra que se calculó con el programa OpenEpi v.3.01 y se aplicó la fórmula para poblaciones finitas a partir del número de estudiantes estimado para dicho período, el resultado del tamaño muestral fue de 137 personas, los instrumentos aplicados fueron el test de Morisky-Green (MMAS-4) y escala de Evaluación de la Cohesión y

Adaptabilidad Familiar (FACES-III) desarrollado por Olson, Portner & Lavee para evaluar la funcionalidad familiar y obteniendo unos resultados de que se encontró que el 59,7 % de pacientes perteneció a una familia disfuncional y el 87,3 % no cumplió de forma óptima con el tratamiento para su enfermedad. En el análisis bivariado se encontró asociación significativa entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento (p= 0,028).

Campoverde y Muro en 2019 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Policlinico Manuel Manriquez Nevado, el estudio fue de tipo cuantitativo con diseño transversal y correlacional, con una muestra de 84 personas, se utilizaron los instrumentos Instrumento FACES III para medir la Funcionalidad familiar y SDSCA (Autocuidado en Diabetes); El primero consta de 20 preguntas agrupadas en dos dimensiones: Cohesión familiar y Adaptabilidad o flexibilidad familiar y utiliza una escala tipo Likert que emplea una puntuación de 1 a 5. La escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar ha propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: Equilibradas/Balanceadas, rango medio y extremas y el segundo consta de 18 ítems los cuales se relaciona con las dimensiones establecidas; para su puntuación emplea una escala de 0 a 7 que equivale al número de días que la persona ha llevado a cabo un determinado comportamiento, consignado en cada ítem durante la última semana. La valoración de la encuesta estuvo catalogada como “sin prácticas de autocuidado” cuando sea < de 5 días y “con prácticas de autocuidado” cuando sea > de 5 días, obteniendo unos resultados de que predominó la funcionalidad de rango medio (52.4%) y la categoría sin prácticas de autocuidado en la persona con DM tipo 2 (86.9%). La funcionalidad familiar tuvo relación significativa con el autocuidado en las personas con DM tipo 2 solo en su dimensión toma de medicamentos (p=0.034).

Delfin, Cano, Peña realizaron un estudio en 2020 de diseño transversal, correlacional-causal, con el objetivo de correlacionar funcionalidad familiar y datos sociodemográficos,

para proponer una política de asistencia social que favorezca a las familias en México; con una muestra aleatoria de 43 usuarios del área de psicología, con el instrumento de percepción del funcionamiento familiar (FF SIL), diseñado y validado en Cuba por Louro (2004), refiere 7 categorías o procesos que definen el funcionamiento familiar y son: Cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, adaptabilidad y permeabilidad. Se compone de 14 *ítems*, con 5 opciones como alternativas de respuesta. Y un cuestionario de datos sociodemográficos donde se recabaron datos sociodemográficos, tales como: El número de integrantes de la familia, el nivel socioeconómico de ésta, la escolaridad, el estado civil, el género, la edad y si trabaja, de quien participó en la investigación. Los resultados obtenidos dan cuenta de una correlación estadísticamente significativa, se encontró que las familias tienen como prioridades satisfacer sus necesidades básicas, dejando de lado las afectivas y de funcionalidad familiar. Concluyendo que una política de asistencia social que ayude a los padres de familia a incrementar su nivel socioeconómico, a través de educación y mejorando sus actividades productivas, reflejará un adecuado funcionamiento familiar.

Automanejo

M.S. De León-Ramírez, M.I. Peñarrieta-de Córdova, R. León-Hernández, T. Gutiérrez-Gómez, M.S. Piñones-Martínez, L.M. Quintero-Valle en 2020 realizaron un estudio de tipo transversal-correlacional con el objetivo de identificar la relación entre automanejo en general y sus dimensiones con síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión, con una muestra de 205 pacientes con diagnóstico de diabetes (100) e hipertensión (105). Muestreo no probabilístico por conveniencia, utilizando los instrumentos *Partners in Health (PIH) y The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8), obteniendo unos resultados de una correlación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el automanejo ($r=-0.308$ $\rho<0.001$).

D.J. Malibrán-Luque, M.S. Piñones-Martínez, T. Gutiérrez-Gómez, R.P. Rivero-Álvarez, M.G. Lévano-Cárdenas, G.J. Vejarano-Campos en 2021 realizaron un estudio de tipo transversal-comparativo, con el objetivo de describir el automanejo a través del análisis de las diferentes dimensiones en tres grupos de personas con diabetes, hipertensión y cáncer, con una muestra de 562 personas: 160 con cáncer, 187 con diabetes y 215 con hipertensión, fue un muestreo no probabilístico intencional, aplicando el instrumento *Partners in Health (*PIH*),* obteniendo unos resultados de que el índice general de automanejo y sus dimensiones en los tres grupos están por debajo de la media general respectivamente y que el grupo de diabetes se duplica en porcentaje al presentar más de una enfermedad crónica con 41%, a diferencia de los grupos con diabetes e hipertensión. En los tres grupos de estudio las mujeres son mayoría.

R.C. León-Hernández, M.I. Peñarrieta-de Córdova, T. Gutiérrez-Gómez, O. Banda-González, F. Flores-Barrios, M.C. Rivera en 2019 realizaron un estudio de tipo no experimental, transversal, con el objetivo de identificar las variables predictoras del comportamiento de automanejo en usuarios con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad, utilizaron una muestra no probabilística e intencional de 386 usuarios de la Secretaría de Salud de Tamaulipas (Ciudad Victoria y Tampico), utilizaron los instrumentos de escala de percepción *APGAR familiar,* Instrumento *Duke-UNC-11,* escala de Comportamiento de ejercicio, Personal Health Questionnaire Depression Scale *(PHQ-8),* Autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas e *Instrumento* Partners in Health Scale *(PHS),* obteniendo resultados donde casi la mitad (42.2%) de los participantes con ECNT refieren síntomas de trastorno depresivo en el continuo de leve a grave, la categoría que obtuvo mayor porcentaje de IMC fue sobrepeso con 33.2% y más de un tercio de la población (36.8%) percibe algún grado de disfunción familiar. Así también se aplicó un análisis de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos, el modelo indica que fueron siete predictores del comportamiento de Automanejo que son autoeficacia, funcionalidad

familiar, ejercicio en minutos, sintomatología depresión, años con diagnóstico, años de estudio y apoyo social percibido (varianza explicada R^2=.325); la variable autoeficacia fue el más importante (β=38) y el apoyo social percibido el predictor con carga más baja (β=.10).

Gil, Moreno, Rodríguez, Casas, Silva realizaron un estudio en 2022 de tipo cuantitativo, prospectivo con el objetivo de establecer la efectividad preliminar de la intervención educativa AMAS "+Vida" basada en el automanejo de la DM2 comparada con el cuidado convencional, sobre el comportamiento de automanejo, la hemoglobina glicosilada, y los hábitos alimentarios, en un grupo personas adultas con DM2 residentes en la región Sabana Centro, con una muestra de 95 adultos entre 18 y 81 años, con diagnóstico de DM2 atendidos en dos IPS de tercer nivel de la región Sabana Centro de Cundinamarca, que cumplieron con los criterios de elegibilidad y firmaron el consentimiento informado, se les aplico el instrumento de escala de comportamientos de automanejo (Peñarrieta et al ..), exámenes clínicos: hemoglobina glicosilada. La Intervención "AMAS +Vida", es un programa educativo que consta de 6 módulos: tratamiento farmacológico, control del estrés, alimentación consciente y saludable, auto vigilancia de la enfermedad, actividad física y ejercicio, frotamiento a los cambios en el estilo saludable. Cada momento de la intervención consta de: un saludo, control de signos vitales, desarrollo del tema, sesión de actividad física y cierre. La intervención se entregó en 3 sesiones grupales de una hora de manera presencial, obteniendo unos resultados de que la intervención es adecuada, se adapta a sus necesidades y costumbres por lo cual es fácil de llevar a cabo. Evidenciando el conocimiento sobre la diabetes, capacidad para solucionar problemas y tomar decisiones relacionadas con su tratamiento.

Chávez, Gallegos realizaron un estudio en 2022 de tipo revisión sistemática exploratoria con el objetivo de explorar la evidencia disponible sobre la temática de condiciones de trabajo y automanejo de diabetes mellitus tipo II. Se llevó a cabo mediante la

búsqueda de bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo y Citation Index, criterios de elegibilidad, estudios cuantitativos, cualitativos en humanos, opiniones de expertos y reportes de conferencias, empleando los conceptos: diabetes mellitus tipo 2, condiciones de trabajo y automanejo cinco fases: identificación de pregunta de investigación, identificación de estudios relevantes, selección de estudios, trazo de datos y cotejo, resumen y presentación de resultados; la búsqueda arrojó un total de 480 artículos, se eliminaron referencias duplicadas (n= 216), se realizó un cribado por título / título y resumen (n=264) de acuerdo con los criterios de elegibilidad para seleccionar solo 24 estudios, finalmente los hallazgos principales de esta revisión muestran la ausencia de marcos teóricos referenciales que sustenten las variables y los indicadores empíricos empleados para evaluar los factores que pueden influir en el cuidado de la salud de adultos diagnosticados con DMT2. Respecto al automanejo de DMT2, la variable más utilizada fue el control glicémico, con medición de glucosa sérica o HbA1c en este sentido la Asociación Americana de Diabetes refiere que el automanejo de DMT2 se determina con el control metabólico mediante los siguientes parámetros: IMC entre 18.5 y 25 kg/m2 , circunferencia abdominal <94 cm para hombres y <90 cm para mujeres, HbA1c <7%, evaluación de retinopatía, función renal con tasa de filtración glomerular y presencia de microalbuminuria (25), presión arterial 40 mg/dl en hombres y >50 mg/dl en mujeres.

1.4.1 Estudios Indirectamente Relacionados

Funcionalidad Familiar

García Ana, Lezama Valentina y Salazar Nora en 2021 realizaron una investigación de tipo observacional, prospectivo y transversa, con el objetivo de descubrir la funcionalidad familiar en la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de sustancias, la muestra fue de 153 pacientes, se utilizo el Apgar Familiar y el test de Batalla para medir el

conocimiento y Hermes para adherencia al tratamiento. La información se analizó mediante el programa SPSS v21, usando estadística descriptiva y chi cuadrado para la relación entre las variables de interés. Finalmente se obtuvieron unos resultados de que la sustancia más consumida en ambos sexos fue el alcohol, seguida de marihuana. El 71,2% (n=109) presentó disfunción familiar en distintos grados, 17 disfunción severa. El 56,20% (n=86) no tenían conocimiento de enfermedad. El 75,20% (n=115) tenían adherencia al tratamiento. Hubo una relación significativa entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento (p=0,005), pero no entre funcionalidad familiar y conocimiento acerca de enfermedad (p=0,204).

Jennifer Nathalia Ramirez- Torres; Yireth Tatiana Rojas- Gómez2; Jessica Julieth Jaramillo-Duque3; Leydy Jhoanna Arias-Arias en 2022 propusieron una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal observacional y correlacional, con el objetivo de describir la relación entre el autoconcepto y la percepción del funcionamiento familiar en un grupo de jóvenes de una institución educativa de la ciudad de Armenia, se utilizo una muestra de 50 adolescentes que se seleccionarán a partir de un muestreo probabilístico donde todos cuentan con la misma oportunidad de ser seleccionados. Se utilizarán los instrumentos de Escala de Funcionalidad Familiar (Apgar Familiar) y la Escala de autoconcepto Tennessee. Finalmente los resultados de la presente propuesta de investigación esperan describir la relación entre el funcionamiento familiar y el autoconcepto.

Apoyo familiar

Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Rivero, E., Martínez-Villamil, M., Zamudio-López, J. L., Islas-Vega, I., Pelcastre-Neri, A. & Ruvalcaba-Ledezma, J. C. en 2020 realizaron un estudio de tipo observacional, transversal con el objetivo de describir la trascendencia entre la atención en casa y/o apoyo familiar de la persona que vive con diabetes mellitus tipo 2 en lo que respecta al control glucémico, con una muestra de 100 encuestas para la recolección de

información que midió el apoyo familiar percibido por el paciente diabético, aplicando un instrumento de una encuesta “apoyo familiar percibido por el paciente diabético“ de autoría propia, que estuvo conformada por 13 ítems los cuales evaluaron el apoyo tangible o instrumental y apoyo informacional que consta de tres áreas: 1). Conocimientos de la familia relacionados con las medidas de control y complicaciones de la DM2 para brindar apoyo informacional; 2). Actitudes familiares hacia el enfermo como apoyo emocional y 3). Medidas de control siendo el apoyo tangible, el apoyo familiar es clasificado en categorías de excelente, bueno, regular y malo de acuerdo con la puntuación obtenida, para la calificación se utilizó la escala de Likert con tres alternativas de respuestas; frecuentemente, algunas veces, nunca; finalmente en los resultados, se obtuvo que 57% de la población presenta niveles glucémicos superiores a 200 mg/dl. 27% presentan apoyo familiar y este es menor en las mujeres, así pues, de acuerdo con los resultados obtenidos se concluye que el apoyo familiar es uno de los factores que influyen directamente con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Ichina y Mendieta en 2023, realizaron una revisión sistemática que comprende del año 2018 al 2023, desde la narrativa de la literatura a partir de las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Scopus y Latindex, se identificaron 60 publicaciones de acuerdo con la lectura del título y el resumen que resultaron relevantes para este trabajo. Tras leer los artículos accesibles y aplicando los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados, quedaron un total de 29 artículos para revisión, posteriormente se evaluaron estos artículos, siguiendo los criterios de validez metodológica establecidos por el Instituto Joanna Briggs (JBI) quedando un total de 18 artículos, los cuales cumplieron los requerimientos necesarios para la presente revisión; en los resultados se identificó, en esta revisión narrativa como la OF constituye un factor determinante para la adherencia terapéutica de los adultos mayores sobre todo con DT2; no obstante el significado que tiene la familia como el soporte

emocional, económico y social es decisivo para el control idóneo de la enfermedad, junto a la comprensión y el respeto que el personal sanitario tenga.

Viteri, Briones, Bajaña, Aroni realizaron un estudio en 2019 con el objetivo de determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y la funcionalidad familiar. Mediante una metodología de enfoque mixto, alcance correlacional y corte transversal, a través de un muestreo aleatorio simple conformado por 100 familias de las comunidades del norte de Guayaquil. Los instrumentos de exploración y evaluación aplicados estuvieron estructurados de acuerdo al pilotaje del protocolo de evaluación familiar en comunidades. Entre los principales resultados obtenidos en Identificar el apoyo social percibido, indican que la red de apoyo social por cada familia tiene un promedio de 3 integrantes, significativos e importantes en la vida y con las cuáles interactúa a diario. La relación directa entre ambas variables, en la población focalizada, se aproxima con la importancia que el apoyo social percibido juega en la salud psíquica y familiar de los cuidadores, debido al efecto de incrementar el bienestar emocional, la estabilidad y el control; al percibir el apoyo social de manera positiva, se establece un efector amortiguador y disminuye las probabilidades de efectos negativos. El resultado es consistente con diversos estudios que destacan la importancia del apoyo social percibido como elemento protector, debido a la existencia de relaciones significativas y su estabilidad en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés.

Ramyar, Pooyan, Amirabbas, Samad, Pirouz, Poorya, Atefeh, Mahbobeh, Seyed, Arman y Soudabeh en 2023, realizaron una revisión sistemática que comprende del año 2022 al 2023, que evaluó el apoyo social de los pacientes quemados y los factores relacionados; se realizó una búsqueda sistemática en la red internacional bases de datos electrónicas como Scopus, PubMed, Web of Science y bases de datos electrónicas persas como Iranmedex, y

base de datos de información científica (SID), Se obtuvieron un total de 2853 artículos buscando en las bases de datos electrónicas. En la primera, 541 fueron eliminados debido a duplicación. De los 2.312 artículos restantes, 2.160 artículos fueron eliminados por incumplimiento del propósito de esta revisión sistemática. Además, se eliminaron 106 artículos debido a que no es transversal. Después de una exhaustiva revisión del texto, finalmente, en esta revisión sistemática se incluyeron 12 estudios. Entre los instrumentos utilizados se encuentran la escala multidimensional del apoyo social percibido (MSPSS), un estudio utilizó la escala social de Phillips, cuestionario de apoyo, otro estudio utilizó el cuestionario de apoyo social, otro estudio utilizó el cuestionario de apoyo social escala (SSS) y otro estudio utilizó la escala social de Norbeck. En los resultados se encontró que el apoyo social en pacientes quemados tuvo una relación negativa significativa con factores como la angustia psicológica, tener hijos, la satisfacción con la vida, el neuroticismo y el trastorno de estrés postraumático. En general, los pacientes con quemaduras tenían niveles moderados de apoyo social.

1.5 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar, el apoyo familiar y el automanejo en adultos con DT2 que acuden al centro de salud Tepeyac.

1.5.1 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra
2. Identificar el nivel de funcionamiento familiar en la muestra
3. Conocer el nivel de apoyo percibido por los integrantes con DT2 y sus familiares
4. Identificar el nivel de automanejo de las personas con DT2

1.6 Hipótesis

1. Cuando el apoyo familiar da respuesta a situaciones cambiantes y crisis se obtiene funcionalidad familiar

2. A mayor automanejo de la enfermedad en las personas con DT2 mayores niveles de funcionalidad familiar

3. Cuando se tiene apoyo por parte de los seres queridos se obtiene un mejor nivel de automanejo de la enfermedad

Capitulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio

Cuantitativo, correlacional, transversal

2.2 Población

Este estudio se realizará considerando el total del censo de personas adultas, ambos sexos, mayores de 18 años y menores a 59 años, con diagnóstico de DT2 de al menos un año, que asisten regularmente a su control en el centro de salud urbano Tepeyac.

2.3 Muestreo y muestra

El tipo de muestreo será no probabilístico, al considerar el total del censo muestral de los tres núcleos que conforman los pacientes en condición de cronicidad conformado, que resulta con una n = 81 participantes.

El cálculo de la muestra se realizó mediante la fórmula para población finita $\boldsymbol{n} = \frac{\mathbf{Z}^2 * \mathbf{p} * \mathbf{q} * \mathbf{N}}{\mathbf{e}^2 * (\mathbf{N}-\mathbf{1}) + \boldsymbol{Z}^2 * \boldsymbol{p} * \boldsymbol{q}}$ donde se consideró lo siguiente: Población (N= 200), probabilidad a favor (p=50%), probabilidad de error (50%), nivel de confianza (Z=95%), error de estimación (e=2.58) obteniendo como resultado n= 81 participantes (Grove et al., 2016).

2.4 Criterios de Selección

Los participantes pueden ser de ambos sexos, de edad entre 18 y 59 años, con escolaridad de primaria, secundaria, preparatoria o carrera, con diagnóstico de DT2, que asistan al centro de salud Tepeyac.

2.4.1 Criterios de inclusión.

Personas de 18 a 59 años, con diagnóstico de DT2 con al menos un año, que refieran vivir con algún familiar a partir de la fecha de diagnóstico, que acudan regularmente a las consultas de control.

2.4.2 Criterios de exclusión.

Pacientes con diabetes gestacional, pacientes con diabetes tipo 1, menores de 18 años o mayores de 59 años y que vivan solos.

2.4.3 Criterios de eliminación.

Pacientes que no firmen el consentimiento informado, que no acepten participar en el estudio, que dejen los instrumentos incompletos y que no asistan regularmente a sus citas de control.

2.5 Instrumentos de Recolección de Datos

Cédula de datos personales

Para la presente investigación se aplica una cédula de estudios sociodemográficos y tres instrumentos psicométricos, los cuales serán: cédula de datos generales, escala de evaluación familiar (Apgar Family), escala multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS), y el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes para Colombia (SDSCA) los cuales serán aplicados a los pacientes con DT2, a continuación se detallan:

Cédula de datos socio demográficos

Para conocer los datos sociodemográficos de las familias poblanas se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, la cual fue diseñada por Pérez y Moreno, 2023; para fines de la investigación, incluye información relacionada a variables como: sexo, edad,

cuántos años lleva de padecer la enfermedad, tiempo y tipo del tratamiento, escolaridad, estado civil, ocupación, si ha recibido capacitación por parte de la institución, con quien vive actualmente, entre otros. Anexo (2).

Para medir la variable de Funcionalidad Familiar, se utilizó el instrumento escala de evaluación familiar (Apgar family), el cuestionario consta de 5 preguntas, modificado por la Dra. Liliana Arias incluye a los amigos, se miden a través de la escala tipo Likert con puntuaciones que van de 0 a 4 (0=Nunca, 1=Casi nunca, 2=Algunas veces, 3=casi siempre, 4=Siempre). Contiene cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. Posterior a la suma de este puntaje se interpreta bajo los siguientes criterios, una puntuación de 17 a 20 sugiere una familia normal, una puntuación de 16 a 13 sugiere una familia con disfunción leve, una puntuación de 12 a 10 sugiere una familia con disfunción moderada y una puntuación de menor o igual a 9 se refiere a una disfunción severa. Esta escala es aplicable en mexicanos, con un alfa de Cronbach .84.

Para medir la variable de apoyo familiar, se utilizó el instrumento escala multidimensional de apoyo social percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (MSPSS), el cual tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres fuentes: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Se trata de una escala compuesta por 12 reactivos, con respuestas tipo likert entre 1 y 7 puntos (1=totalmente en desacuerdo, 2=bastante en desacuerdo, 3=amas bien en desacuerdo, 4=ni en desacuerdo ni de acuerdo, 5=más bien de acuerdo, 6=bastante de acuerdo y 7=totalmente de acuerdo). Este concepto está constituido por tres dimensiones: 1) *Apoyo instrumental*: referido al soporte material o de servicios. 2) *Apoyo cognitivo*: relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno. 3) *Apoyo emocional*: entendido como la posibilidad de compartir sentimientos,

pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas.

Está dividido por 3 subescalas: Familia: ítems 3,4,8 y 1; Amigos: ítems 6, 7, 9 y 12; y otras personas significativas: ítems 1, 2, 5 y 10. Finalmente los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido. El total del instrumento oscila entre 12 y 84 puntos, a mayor puntaje mejor apoyo. El instrumento esta validado en población mexicana y tiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Para medir la variable de automanejo, se utilizó el cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes para Colombia (SDSCA) validado en población mexicana, el coeficiente de Cronbach del cuestionario fue de 0,62.

Constituye un cuestionario de 7 ítems, en el que se abordan diferentes áreas de autocuidados presentes en las personas con DT2 como son alimentación (ítems 1, 2, 3, 4 y 5), actividad física (ítems 6 y7), autoanálisis de glucemia capilar (ítems 8 y 9), cuidado de los pies (ítems 10, 11 y 12), medicación (ítems 13, 14 y 15), o tabaquismo (ítems 16, 17 y 18). Presenta una escala de respuesta según la frecuencia de las acciones que se realizan, es decir de 0 a 7, en función del número de días que la persona ha llevado a cabo una determinada conducta en la última semana. Cuanto menor puntuación se obtiene, menor adherencia presenta la persona con DM a las conductas de autocuidado favorables. El cuestionario no presenta puntos de corte, por lo que debe valorarse cada ítem de forma individual.

2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

Solicitar la autorización para el registro del proyecto de investigación ante la Coordinación de Pregrado y Titulación. Se obtendrá un número de registro que permitirá el acercamiento a la unidad para la recolección de la información.

Se acudirá al centro de salud Tepeyac considerada como clínica del primer nivel de atención, para dar a conocer los días y horarios para la recolección de datos. Se obtendrá el

listado de pacientes con diagnóstico de DT2 que acuden de forma regular a las consultas de control, antes de ingresar a la atención médica, pasaran al área filtro donde se verificaran a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, en caso de ser elegibles se les realizara la invitación para participar en el estudio y dará a conocer el propósito. Si aceptan firmaran el consentimiento informado, se les explicara que en todo momento se salvaguardará su información, posteriormente se realizará entrevista a los pacientes para la aplicación de instrumentos que constan de una cedula de datos y tres instrumentos previamente detallados, el tiempo de aplicación por cada uno será de aproximadamente 5 a 10 minutos por participante y se llevara a cabo en un espacio dentro del centro de salud y en donde se puede mantener por completo la individualidad y confidencialidad del paciente al momento de responder los instrumentos.

Los instrumentos se aplicarán de la siguiente manera: en primer lugar el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes para Colombia (SDSCA), Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic (1994) que mide el automanejo; posteriormente se aplicara la escala Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet, Dahlem, Farley (1988) con la cual se medirá el apoyo familiar y finalmente la escala de evaluación familiar APGAR Family, Gabriel Smilkstein (1978) con la cual se medirá la funcionalidad familiar.

Una vez completados los instrumentos se verificará que no existan enunciados sin responder u hojas en blanco, los cuales se procederá a colocar en un folder color manila.

Finalmente, se agradecerá la participación a los pacientes y si no tienen alguna duda o sugerencia, se da por concluida la recolección de datos.

2.7 Ética del Estudio

Esta investigación es con el mínimo riesgo y se dará cumplimiento a las disposiciones éticas en materia de investigación, este estudio se realizó bajo las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014) de acuerdo con el título segundo de los aspectos Éticos de la Investigación en los Seres Humanos. Del capítulo I, sobre las Disposiciones Comunes, menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13). Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables; Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud (artículo 14, fracción I, V, VII Y VIII) , así mismo, en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (artículo 16). Para la presente investigación este derecho será preservado mediante el consentimiento informado que refiere que los datos del participante serán anónimos y solo el investigador principal revisara la información, y se le informa al participante que tienen derecho a conocer y/o autorizar la ubicación de los hallazgos obtenidos.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM 012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en el apartado 5 generalidades se menciona que toda investigación debe garantizar que no expone al sujeto de investigación a riesgos innecesarios y que los beneficios esperados son mayores

que los riesgos predecibles, inherentes a la maniobra experimental. (5.5) así mismo, el investigador principal, así como los demás profesionales y técnicos de la salud que intervengan en una investigación, deberán cumplir en forma ética y profesional las obligaciones que les impongan la Ley General de Salud y el Reglamento, así como esta norma (5.11). Para la presente investigación esta norma se llevará a cabo haciendo del conocimiento de los participantes que esta investigación no conlleva riesgo y que sus datos serán altamente confidenciales, preservando su privacidad.

En base en el Código de Núremberg se menciona que el consentimiento voluntario del tema humano es absolutamente esencial (1). Las preparaciones apropiadas se deben ser hechas y las instalaciones adecuadas proporcionar para proteger el sujeto de experimento contra incluso posibilidades alejadas de lesión, de inhabilidad, o de muerte (7). Durante el curso del experimento el científico responsable debe ser preparado para terminar el experimento en cualquier etapa, si él tiene causa probable a creer, en el ejercicio de la buena fe, de la habilidad superior y del juicio cuidadoso requeridos de él que una continuación del experimento sea probable dar lugar a lesión, a inhabilidad, o a muerte al sujeto de experimento (10). En la presente investigación estos apartados se reflejan en dar a los participantes el consentimiento informado donde se menciona que en caso de que el participante quiera retirarse no habrá repercusión alguna y que los instrumentos serán aplicados dentro de las instalaciones del centro de salud para comodidad y seguridad de los participantes; así mismo se le otorgara un copia del consentimiento informado donde se evidencia la forma en que podrá contactar a los investigadores.

Conflicto de interés y fuente de financiamiento

Finalmente se descarta que en este proyecto haya conflicto de intereses entre los autores o colaboradores y este proyecto es sustentado por financiamiento propio.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Para al análisis de la información se analizará mediante Statistical Package for Social Sciences (SPSS), que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, en su versión 20 en español, se obtendrán los niveles de confiabilidad mediante el Alpha de Cronbach,

Para dar respuesta al objetivo uno, se utilizará estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia como: media, mediana y moda.

Para dar respuesta al objetivo dos al cuatro, se utilizarán las medidas de tendencia central como media y desviación estándar.

Para dar respuesta al objetivo general y la hipótesis planteada, se realizarán índices y se aplicara la prueba de bondad de ajuste K-S, lo cual determinar el uso de estadística inferencial como la correlación bivariada.

2.9 Variables de Estudio

Tabla 1. Características de las variables.

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición	Prueba estadística
Funcionalidad familiar	Cuantitativa	Ordinal	0=Nunca 1=Casi nunca 2=Algunas veces 3=casi siempre 4=Siempre	• Frecuencia y Porcentaje • Medidas de Centralidad (Media, Mediana) • *r* de Pearson

Apoyo familiar	Cuantitativa	Ordinal	1=totalmente en desacuerdo 2=bastante en desacuerdo 3=amas bien en desacuerdo 4=ni en desacuerdo ni de acuerdo 5=más bien de acuerdo 6=bastante de acuerdo y 7=totalmente de acuerdo	• Frecuencia y Porcentaje • Medidas de Centralidad (Media, Mediana) • *r* de Pearson • *r* de Pearson
Automanejo	Cuantitativa	Ordinal	0 a 7 en función del número de días	• Frecuencia y Porcentaje • Medidas de Centralidad (Media, Mediana) • *r* de Pearson

Capítulo III

Resultados

El presente capitulo refleja los resultados encontrados, con el fin de dar respuesta a nuestros objetivos de investigación, los apartados se describen de la siguiente manera: a) características sociodemográficas de la muestra, b) medidas de tendencia central de las variables de estudio, c) confiabilidad de los instrumentos y c) análisis descriptivo e inferencial para cada objetivo.

3.1 Estadística descriptivos

Para el alcance del objetivo uno se describen las características sociodemográficas de la muestra, los cuales reflejan que predomina más el sexo femenino con un 50%, con un rango de edad entre 46 a 59 años el 72.8%, el 54.3% de los participantes estudiaron hasta la primaria, predominan más las personas casadas (32.1%), en su mayoría se dedican a labores de ama de casa (43.2%), el tratamiento más frecuente fueron los hipoglucemiantes orales (48.1%), refieren haber recibido capacitación por parte de la institución 75.3%, el 91.4% vive actualmente con algún integrante de la familia, el 38.3% con frecuencia reciben algún tipo de apoyo instrumental, económico y afectivo por parte de sus esposos/cónyuge, la mayoría de los ingresos corresponden de 1 a 2 salarios mínimos (60.5%), el 86.4% tiene acceso de salud a alguna dependencia de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla, el 46.9% tiene una vivienda propia, de los cuales el 69.1% cuenta con todos los servicios y finalmente la religión más frecuente fue la católica con un 70.4%.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra

Variable		f	%
Genero			
	Masculino	31	38.3
	Femenino	50	61.7
Edad			
	De 18 a 31 años	9	11.1
	De 32 a 45 años	13	16
	De 46 a 59 años	59	72.8
Escolaridad			
	Primaria	44	54.3
	Secundaria	12	14.8
	Bachiller	4	4.9
	Universidad	6	7.4
	Técnico	5	6.2
	Analfabeta	10	12.3
Estado civil			
	Soltero	21	25.9
	Casado	26	32.1
	Viudo	17	21
	Divorciado	5	6.2
	Unión libre	12	14.8
Ocupación			
	Ama de casa	35	43.2

Variable		f	%
	Empleado	21	25.9
	Estudiante	2	2.5
	Desempleado	8	9.9
	Comerciante independiente	15	18.5
Tratamiento			
	Hipoglucemiantes orales	39	48.1
	Insulina	15	18.5
	Combinado	27	33.3
Capacitación			
	Si	61	75.3
	No	20	24.7
Con quien vive			
	Familia	74	91.4
	Amigos	3	3.7
	Mascotas	4	4.9
Apoyo			
	Hijos	25	30.9
	Padres	8	9.9
	Amigos	1	1.2
	Vecinos	5	6.2
	Esposo/Cónyuge	31	38.3
	Hermanos/as	7	8.6

Variable		f	%
	Sobrinos/as	3	3.7
	Primos/as	1	1.2
Ingresos			
	Menos de 1 salario mínimo	19	23.5
	De 1 a 2 salarios mínimos	49	60.5
	De 2 a 3 salarios mínimos	12	14.8
	Mas de 3 salarios mínimos	1	1.2
Acceso a la salud			
	SSEP	70	86.4
	IMSS	6	7.4
	ISSSTE	1	1.2
	Medicina privada	4	4.9
Vivienda			
	Propia	38	46.9
	Rentada	20	24.7
	Prestada	23	28.4
Servicios de la vivienda			
	Todos	56	69.1

Variable		f	%
Religión	Todos menos internet y cable	25	30.9
	Católica	57	70.4
	Testigos de Jehová	2	2.5
	Miembros de la Iglesia de los Santos de los Últimos Días	2	2.5
	Cristianos	4	4.9
	Luz del mundo	5	6.2
	No profesa ninguna religión	11	13.6

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje n = 81

Para obtener las medidas de tendencia central se utilizó estadística como media, desviación estándar, valores máximos y mínimos como se puede observar en la tabla dos y tres.

A continuación, en la tabla dos se detalla la variable de tiempo de tratamiento con un valor mínimo de 1 y máximo de 22, obteniendo una M =11.09 y una DE = 5.73, posteriormente en la variable de tiempo de padecer la enfermedad con los mismos valores máximos y mínimos se obtuvo una M=11.15 y una DE=5.73.

Tabla 3. Tiempo de tratamiento y diagnóstico

Variable	M	DE	Máximo	Mínimo
Tiempo de tratamiento	11.09	5.73	22	1
Tiempo padecimiento	11.15	5.73	22	1

Nota: M = Media DE = Desviación estándar n = 81

En la tabla tres podemos observar las medidas de tendencia central de las variables de estudio. Para el primer instrumento denominado Escala de evaluación familiar (Apgar family) se obtuvo un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 40, con una M=23.08 y una DE= 9.51, esto nos indica que los participantes perciben a su familia como una familia normal o funcional.

Para la segunda Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) se obtuvo un valor mínimo de 18 y un máximo de 78, con una M= 50 y una DE= 13. 33, esto nos indica que reciben un apoyo adecuado. Finalmente, el Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) reportó un valor mínimo de 21 y un máximo de 63, con una media de 40.14 y una desviación estándar de 10.54 lo que nos indica que se encontró automanejo y mejor adherencia al tratamiento en más de la mitad <de los participantes.

Tabla 4. Medidas de tendencia central de las variables de estudio

	M	DE	Valor Máximo	Valor Mínimo
Funcionalidad familiar APGAR	23,08	9,51	40	2
Escala percepción de apoyo social (MSPSS)	50	13,33	78	18
Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA)	40.14	10.54	63	21

Nota: M = media DE = Desviación estándar n = 81

3.2 Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio de Alpha de Cronbach. Según Burns y Grove, (2012, p. 340), como se observa en la tabla cuatro.

El instrumento Escala de evaluación familiar (Apgar family) obtuvo un Alpha de .904, considerado excelente; el instrumento Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) obtuvo un Alpha de .837 considerado con buena confiabilidad y finalmente para el instrumento Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA) se obtuvo un Alpha de .600, considerado con una confiabilidad baja pero aceptable.

Tabla 5. Confiabilidad de los instrumentos

Instrumentos	Dimensiones	Ítems	Alpha de Cronbach
Escala de evaluación familiar (Apgar family)	Familia	1-5	.904
	Amigos	6,7	
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	Familia	3,4,8,11	.837
	Amigos	6,7,9, 12	
	Otras personas significativas	1,2,5,10	
Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA)	Dieta (general)	1,2	.600
	Actividad física	6,7	
	Niveles de glucosa	8,9	
	Cuidado de los pies	10,11,12	
	Medicamentos	13,14,15	

Nota: Alpha de Cronbach n=81

3.3 Prueba de normalidad

A continuación, en la tabla cinco, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para identificar la distribución de las variables de estudio. Los resultados muestran que el nivel de significación de las variables de estudio es mayor que 0.05, por lo tanto la distribución es normal.

Tabla 6. Prueba de normalidad de las variables de estudio

Variable	K-S	Sig
Funcionalidad familiar	.416	> 0.05
Apoyo social	.870	> 0.05
Automanejo	.416	> 0.05

Nota: K-S = Kolmogorov-Smirnov Sig = significación n = 81

3.4 Estadística inferencial

Finalmente, se presenta una tabla (Tabla 6) donde se muestran las correlaciones de nuestras variables de estudio: funcionalidad familiar, apoyo, automanejo, como se observa a continuación.

Tabla 7. Correlación de las variables de estudio

	Automanejo	Funcionalidad	Apoyo
Automanejo	1		
Funcionalidad familiar	.450	1	
Apoyo social	.580	.796	1

Nota: Sig = significación n = 81

Para dar respuesta a la primera hipótesis establecidas sobre si el apoyo familiar da respuesta a situaciones cambiantes y en crisis, se obtiene funcionalidad familiar, los resultados demuestran que existe una relación fuerte entre las variables de apoyo y funcionalidad (r=.796, p= .001). Por lo tanto, la hipótesis es aceptada.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis donde se describe que a mayor automanejo de la enfermedad en las personas con DT2, mayores niveles de funcionalidad familiar, los resultados muestran que existe una relación moderada entre las variables de automanejo y funcionalidad (r=.450, p= .001).

Para la tercera hipótesis, donde se redacta que, cuando se tiene apoyo por parte de los seres queridos se obtiene un mejor nivel de automanejo de la enfermedad, los resultados muestran que existe una relación moderada entre las variables apoyo y automanejo (r=.580, p= .001).

Capítulo IV

Discusión

Las características sociodemográficas reflejan que la mayoría de los participantes corresponden al sexo femenino, similar a lo reportado por Ponce-Alencastro, Zambrano-Acosta, Salazar-Cobeña, 2022 donde mencionan que las mujeres son quienes acuden con mayor frecuencia a instituciones de salud para el control de su enfermedad, es frecuente que se encuentren casadas como lo fue en los hallazgos de los resultados, de autores como Silva, García y Barbosa en 2019 solo estudiaron la primaria; asi mismo, cuentan con vivienda propia con todos los servicios incluidos internet y cable, dichos servicios facilita la comunicación, apoya a las tareas de los hijos, la religión que predomina en estos hogares es la católica esto concuerda con las cifras de INEGI en 2020, donde a nivel nacional el 78% de la población practica la religión católica, manifestado en las familias por ejercer una gran creencia en imágenes religiosas, en iglesias y en que la fe puede curar enfermedades.

Un gran porcentaje de los participantes tiene acceso a consultas y tratamientos por parte de la Secretaria de Salud del Estado de Puebla, debido a que da atención a población abierta y es gratuita, lo que es más accesible para las familias, la mayoría de los participantes han recibido capacitación sobre su enfermedad por parte de la institución; enfatizando en tomar de forma correcta el tratamiento, en particular los hipoglucemiantes.

Para dar respuesta a la primera hipótesis donde menciona que: “Cuando el apoyo familiar da respuesta a situaciones cambiantes y crisis se obtiene funcionalidad familiar”, concordamos con los autores Ponce-Alencastro Jhon Alexander; Zambrano-Acosta Jimmy Manuel; Salazar-CobeñaGladys Varinia en 2022 donde se menciona que la funcionalidad familiar se relaciona con el nivel de autoestima de las personas con DT2, lo que refleja la

importancia de una buena dinámica familiar como el apoyo social más importante, generador de vínculos afectivos y de conductas más saludables. El apoyo es una fuente de bienestar para la persona que lo recibe, así como lo dicen Viteri, Briones, Bajaña, Aroni, en 2019 donde mencionan unos resultados de la importancia del apoyo social percibido como elemento protector, debido a la existencia de relaciones significativas y su estabilidad en el tiempo inciden en el autoconcepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento del estrés, por lo tanto es un recurso para afrontar los efectos psicológicos adversos del estrés generado cuando un integrante de la familia padece DT2.

La comprobación de la hipótesis dos: “A mayor automanejo de la enfermedad en las personas con DT2 mayores niveles de funcionalidad familiar”, coincide con lo resaltado en la investigación que realizaron Campoverde y Muro en 2019, se obtuvieron unos resultados donde la funcionalidad familiar tuvo relación significativa con el autocuidado en las personas con DT2, por lo que podemos inducir que de acuerdo con nuestros resultados la funcionalidad familiar tiene una alta relación con la adherencia al tratamiento y por ende al mejor automanejo de la enfermedad.

Finalmente, para la tercera hipótesis: “Cuando se tiene apoyo por parte de los seres queridos se obtiene un mejor nivel de automanejo de la enfermedad” se encontró coincidencia con el estudio de Reynoso, Hernández, Martínez, Zamudio, Islas, Pelcastre y Ruvalcaba en 2020 donde se obtuvieron resultados del apoyo familiar como uno de los factores que influyen directamente con el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo tanto, se deduce que de acuerdo a los resultados que el apoyo está relacionado con la adherencia al tratamiento y al automanejo de la enfermedad.

Así mismo, el estudio realizado por Buichia, Ortiz, García, Miranda y Félix en 2020 obtuvo resultados donde mencionan que el apoyo social (AS) se relaciona con el control

glicémico (CG). Sin embargo, sugiere indagar sobre otras variables como la depresión, autoeficacia, la adherencia al tratamiento, el género, la edad, los años de curso de la enfermedad, el autocuidado y los estilos de afrontamiento, las cuales muestran relación con el GC, y donde el AS juega un papel de mediación.

4.1 Conclusión

Podemos concluir que la presente investigación demuestra que la relación entre las variables: funcionamiento familiar, apoyo familiar y automanejo, se vinculan de forma positiva con la finalidad de obtener un beneficio o un determinado impacto en el cuidado de las personas que experimentan la enfermedad de DT2.

La investigación concluye que cuando la familia responde positivamente a situaciones cambiantes en su entorno o en sus integrantes y brindan apoyo ya sea económico, moral o emocional al integrante con DT2, se experimenta un cambio para una mayor motivación que le permitirá enfrentar su enfermedad llevando una correcta adherencia al tratamiento y estilos de vida más saludables.

Por lo tanto, es indispensable que el personal de enfermería preste mayor atención no solo a los parámetros vitales de los pacientes, si no también, darse a la tarea de indagar sobre su entorno, interacciones familiares, que determinan el tipo de apoyo que recibe y de esta manera llevar un correcto automanejo que resulta en una adecuada calidad de vida, así mismo. Lo anterior permitirá realizar un proceso de enfermería de forma sistemática y contribuir a la disminución de complicaciones que afectan al integrante y sus familiares.

4.2 Limitaciones

- la demanda de servicios por parte de otros pacientes dificulto que la valoración y aplicación de instrumentos se desarrollara en el tiempo establecido.
- El nivel educativo con el que cuentan los participantes dio como resultado la aplicación del instrumento por parte del investigador, lo que amplio la fecha de recolección de datos.
- Escasa literatura sobre la relación entre las variables de interés.
- El tipo de muestreo no permite generalizar los datos.

Referencias:

American Diabetes Association (2021). ¿Qué es la diabetes? Consultado en 2023. Recuperado de: https://diabetes.org/sites/default/files/2021-09/what-is-diabetes-SPANISH.pdf

Arias, L., & Herrera, J. A. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Colombia Médica, 25(1), 26-28. *Colombia*. Consultado en 2023. Recuperado de https://colombiamedica.univalle.edu.co/colombiamedica311/index.php/comedica/article/download/1776/2831?inline=1

Aulestia, V. Soriano, E. (2022). Calidad de vida sexual en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una provincia ecuatoriana. Revista Eugenio Espejo, 16(3), 26-36. Consultado en 2023. Recuperado de http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422022000300026&script=sci_arttext

Barreras, M. Muñoz, G. Pérez, L. Gómez, C. Fulgencio, M. Estrada, M. (2021). Desarrollo y validación del Instrumento ff para evaluar el funcionamiento familiar. Consultado en 2023. Recuperado de http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028

Basto, A. López, N. Rojas, R. Aguilar, C. Moreno, G. Carnalla, M. Rivera, J. Romero, M. Barquera, S. Barrientos, T. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México. Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023. *México*. Consultado en 2023. Recuperado de https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14832/12416

Buichina, F. Ortiz, R. Garcia, J. Miranda, G. Miranda, P. (2020). Revisión sistemática sobre la relación entre el apoyo social y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Sinaloa, México*. Nure investigación. Consultado en 2024. Recuperado de https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1822/911

Castellanos, L. Mendez, N. Salamanca, L. Tapia, M. (2022). Intervenciones basadas en grupos de apoyo, sobre el automanejo de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos: revisión narrativa de la literatura. *Universidad de la Sabana*. Consultado en 2023. Recuperado de https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/51541/Versi%C3%B3n%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Caro, J. Morilla, J. Villa, F. Lupiáñez, I. Morales, J. (2015). Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. *España*. ELSEVIER. Consultado en 2024. Recuperado de file:///C:/Users/viank/Downloads/Escala%20de%20autocuidado.pdf

Comisión Nacional de Bioética.(s.f.). Código de Nuremberg. Consultado en 2024. Recuperado de https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf

Campoverde, F. Muro, I. (2019). Funcionalidad familiar y autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el Policlínico Manuel Manrique Nevado, Chiclayo 2019. ACC CIETNA. Vol. 8. N° 2 (2021): 32- 44. Consultado en 2023. Recuperado de https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/633

De León, M. Peñarrieta, León, M. Gutiérrez, T. Piñones, M. Quintero, L. (2020). Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. *Ciudad de México*, SciELO. Consultado en 2023. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000100005

Delfin, C. Cano, R. Peña, E. (2020). Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XXVI, núm. 2, pp. 43-55. *México*. Consultado en 2023. Recuperado de https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/html/#:~:text=El%20funcionamiento%20familiar%2C%20ha%20sido,opera%2C%20eval%C3%BAa%20o%20se%20comporta.

De la Federación, D. O. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. *Ciudad de México*: Secretaría de Gobernación. Recuperado de https://dof. gob. mx/nota_detalle. php. / https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0

De la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. Consultado en 2024. Recuperado de https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf

Ferrer, L. (2018). ¿Existe relación entre el apoyo familiar y el dolor crónico? Universidad de Illes Balears. Consultado en 2023. Recuperado de https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/152247/Ferrer_Penafiel_Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Forte, E. Gómez, C. Harwicz, P. Lavalle, A. Millán, D. Salmeri, E. Buso, C. Sanabria, H. Efectos del aislamiento social, preventivo y obligatorio en pacientes con diabetes tipo 2. Arch Cardiol Mex. 2020 Dec 1. Consultado en 2023. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33262540/

Gil, J. Moreno, M. Rodríguez, I. Casas, O. Silva, B. Automanejo de la salud en personas con diabetes mellitus tipo 2: estudio piloto aleatorizado en la región sabana centro.

Universidad Nacional de Colombia. Consultado en 2023. Recuperado de http://enfermeria.bogota.unal.edu.co/fileadmin/21_SIC/Memorias_PDF/memoria_seminario_XXVI.pdf#page=120

Gutiérrez, P. (2021). Puebla, cuarto lugar en deceso de personas por diabetes; fueron más de 10 mil el año pasado. La jornada de Oriente. Consultado en 2023. Recuperado de https://www.lajornadadeoriente.com.mx/puebla/puebla-deceso-personas-por-diabetes/

Hernandez, P. Cordori, J. Basurto, P. Inga, F. Valladares, M. (2023). Vol.52 no.1. Frecuencia y asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos. *Revista Cubana Militar*. Consultado en 2023. Recuperado de https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2437/1793

Hernández, M. Baez, F. Morales, A. Nava, V. Zenteno, M. Compean, L. (2020). Factores fisiológicos, función y disfunción sexual en mujeres con diabetes tipo 2. Acta universitaria, 30. Consultado en 2023. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-62662020000100126&script=sci_arttext

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021). INEGI. IBERO. *Ciudad de México*. Consultado en 2023. Recuperado de https://ibero.mx/prensa/que-es-la-diabetes-y-por-que-es-una-de-las-principales-causas-de-muerte-en-mexico#:~:text=%E2%80%9CEn%20M%C3%A9xico%2C%20en%202020%2C,qu%C3%A9%20nos%20afecta%20la%20diabetes%3F

León, R. Peñarrieta, Gutiérrez, M. Banda, O. Flores, F. Rivera, M. (2019). Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Ciudad de México*. Consultado en 2023. Recuperado de

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200128

Organización Panamericana de la Salud (2020). Diabetes. Consultado en 2023. Recuperado de: https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=M%C3%A1s%20del%2095%25%20de%20las,diabetes%20tienen%20diabetes%20tipo%202.

Malibrán, D. Piñones, M. Gutiérrez, T. Rivero, R. Lévano, M. Vejarano, G. (2021). Diferencias del automanejo en personas con enfermedades crónicas en población peruana. sciELO. Consultado en 2023. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632021000100043&script=sci_arttext

Mosqueda, A. Mendoza, S. Jofré, V. Barriga, A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. vol.14 no.39 Murcia. SciELO. Consultado en 2023. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300006

Ponce, J. Zambrano, J. Salazar, Varinia. (2022). Funcionalidad familiar y autoestima en personas mayores con diabetes mellitus tipo 2. Revista Científica Multidisciplinaria Arbitrada YACHASUN. Volumen 6, Número 11. Consultado en 2023. Recuperado de https://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/303/555

Reynoso, J. Hernández, E. Martínez, M. Zamudio, J. Islas, I. Pelcastre, A. Ruvalcaba, J. (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. Consultado en 2023.

Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2530-51152020000400004&script=sci_arttext&tlng=en

Ramyar, F. Pooyan, G. Amirabbas, M. Samad, K. Pirouz, S. Poorya, T. Atefeh, F. Mahbobeh, F. Seyed, J. Arman, P. Soudabeh, H. (2023). A systematic review of social support and related factors among burns patients. Anesthesiology Research Center, Department of Anesthesiology, Alzahra Hospital, Guilan University of Medical Sciences, *Rasht, Iran*. Consultado en 2024. Recuperado de file:///C:/Users/viank/Downloads/IWJ-20-3349%20(1).pdf

Uribe, D. Peña, R. (s.f.). Validación del Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes (SDSCA). Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Consultado en 2023. Recuperado de https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/6d599bad-9581-4462-8b2a-46e3d51820d1/content

Vanegas, G. Barbosa, A. Zamora, A. (2020). Meanings attributed by a group of adult men to the experience of having type 2 diabetes mellitus. Interacciones, 6(2), e157. Consultado en 2023. Recuperado de https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.157 / https://diabetes.org/sites/default/files/2021-09/what-is-diabetes-SPANISH.pdf

Viteri, E. Briones, E, Bajaña, V. Aroni, E. (2019). Funcionalidad y apoyo social percibido. Abordaje desde la intervención comunitaria del Ecuador. Revista Venezolana de Gerencia, vol. 24, núm. 88, pp. 1249-1261, 2019. Universidad del Zulia. Consultado en 2024. Recuperado de https://www.redalyc.org/journal/290/29062051016/html/

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Anexo 1

Consentimiento informado

Título del Proyecto: Funcionalidad familiar que determina el apoyo familiar y automanejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas

Nombre del investigador: Pérez Rubin Vianka Mariana y Maricarmen Moreno Tochihuitl
Fecha:

Folio:

Yo _____Otorgo mi consentimiento para participar de manera libre y voluntaria en este proyecto, me han informado de los beneficios y riesgos del estudio. Entiendo que el propósito de estudio es una investigación para determinar la relación entre la funcionalidad familiar, con la aceptación y el automanejo adultos con DT2 en el centro de salud Tepeyac.

El presente estudio es un proyecto de investigación realizado por parte de la alumna Vianka Mariana Pérez Rubin pasante de la licenciatura de enfermería en servicio social de la BUAP, asesorada por la doctora en enfermería Maricarmen Moreno Tochihuitl.

Se me ha explicado que en caso de aceptar participar en este trabajo, el procedimiento consiste en dar respuesta a una entrevista con mis datos generales y una serie de preguntas sobre como percibo la funcionalidad de mi familia, el apoyo familiar y el automanejo con mi actual diagnóstico de salud. Los cuales se aplicarán de manera personal y siempre protegiendo la confidencialidad de los datos proporcionados, se me otorgará la seguridad de que no se dará mal uso de sus datos y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Los datos recolectados los resguardarán los autores principales durante 3 años, posterior a ello se eliminarán de los archivos de manera permanente, cabe aclarar que la institución no tendrá ninguna repercusión por este estudio y no se me proporcionará ningún tratamiento.

Me queda claro que tengo la libertad de retirar en cualquier momento mi consentimiento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar mi cuidado y su tratamiento.

Este estudio es de riesgo mínimo, porque las preguntas le pueden causar alguna inquietud o sentimiento, solo en caso de que usted lo solicitará se podría gestionar una consulta con el área de psicología de su institución de salud. Si en algún momento usted tiene alguna pregunta, tendrá garantía de recibir respuesta si se comunica al correo electrónico viank_m86@hotmail.com o al número 2216537524 también en caso de que tenga alguna propuesta para mejorar el estudio o algún comentario para quien dirige el mismo; incluso si existiera alguna incomodidad o conflicto que no le permita o no quisiera seguir contestando los cuestionarios, puede retirarse en cualquier momento. Y por último si existen gastos adicionales, no se les pedirá nada pues estos gastos serán absorbidos por la autora del proyecto de investigación.

Consentimiento: Autorizo de manera libre y voluntaria participar y brindar información para los fines de este estudio. He leído este formato y todas mis preguntas han sido aclaradas.

Nombre y firma de la investigadora	Nombre y firma del participante

Nombre, relación con el participante, firma y dirección del testigo

Anexo 2. Cédula de datos personales

Instrucciones: Encierre la o las opciones que correspondan a su respuesta

Folio: **Fecha:**

Género: 1.Femenino 2.Masculino

Edad: 1.De 18 a 31 años 2.De 32 a 45 años 3.De 46 a 59 años

Escolaridad: 1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachiller 4.Universidad 5.Técnico 6. Analfabeta

Estado civil: 1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Unión libre

Ocupación: 1.Ama de casa 2.Empleado 3.Estudiante 4.Desempleado

Tratamiento: 1.Hipoglucemiantes orales 2.Insulina 3.Combinado 4.Otro (especificar)

Tiempo desde que comenzó con el tratamiento: 1. Menos de 6 meses 2. Menos de 1 año 3. Menos de 2 años 4.Otro: _____años/meses

Años de padecer la enfermedad: 1.Menos de 1 año 2.De 1 a 2 años 3.Mas de 2 años

¿Ha recibido capacitación en el último año por parte de la institución?: 1. Si 2. No

Con quien vive actualmente?: 1.Solo 2.Familia 3.Amigos 4.Mascotas 4.Otro (especificar)

¿Por parte de quien recibe apoyo económico/instrumental/afectivo?: 1.Hijos 2.Padres 3.Amigos 4.Vecinos 5. integrar esposo, cónyuge 6.Otro (especificar)

A cuánto ascienden sus ingresos?: 1.Menos de 1 salario mínimo 2.De 1 a 2 salarios mínimos 3.De 2 a 3 salarios mínimos 4.Mas de 3 salarios mínimos

Cuenta con acceso a la salud por parte de: 1.Solo SSEP 2.IMSS 3.ISSSTE 4.ISSSTEP 5.Medicina privada 6.Otro (especificar)

Su vivienda es: 1.Propia 2.Rentada 3.Prestada 4.Otro (especificar)

Con que servicios cuenta su vivienda?: 1.Agua 2.Luz 3.Drenaje 4.Recoleccion de basura 5.Internet y cable de tv 7.Otro (especificar)

Que religión profesa recientemente: 1.católica 2.Testigos de Jehová 3. Miembro de la iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones) 4.Cristianos 5.Luz del mundo 6.Ninguna

Anexo 3. Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar Instrucción: Se marcará con una X la casilla que mejor corresponda a su respuesta					
Preguntas	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
1.Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
2.Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
3.Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
4.Me satisface como en mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
5.Me satisface como compartimos en mi familia:					
5.1El tiempo para estar juntos					
5.2Los espacios en la casa					
5.3El dinero					
6.¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
7.Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

Anexo 4. Escala multidimensional de Percepción de Apoyo Social MSPSS

(Zimet y cols., 1988)

A continuación, lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

Marque con una X

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Mas bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Mas bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6	7
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil							
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir mis penas y alegrías							
3. Mi familia realmente intenta ayudarme							
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito							
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mi							
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal							
8. No puedo hablar de mis problemas con mi familia							
9. Tengo amigos con los que puedo compartir mis penas y alegrías							
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos							
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos							

Anexo 5. Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes

Las preguntas a continuación están relacionadas con sus actividades de cuidado personal para la diabetes, durante los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo en los últimos 7 días, por favor refiérase a los últimos 7 días durante los cuales no estuvo enfermo.

Dieta (general)	**Número de días**
1. ¿En cuántos de los últimos siete días ha consumido una alimentación saludable?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. En promedio, en el mes pasado ¿Cuántos días a la semana ha consumido una alimentación saludable?	0 1 2 3 4 5 6 7
Dieta (especifica)	
3. ¿En cuántos de los últimos siete días comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0 1 2 3 4 5 6 7
4. ¿En cuántos de los últimos siete días comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. ¿En cuántos de los últimos siete días incluyó dulces o postres en sus comidas?	0 1 2 3 4 5 6 7
Actividad Física	
6. ¿En cuántos de los últimos siete días participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar)	0 1 2 3 4 5 6 7
7. ¿En cuántos de los últimos siete días participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, andar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?	0 1 2 3 4 5 6 7
Exámenes de niveles de azúcar en la sangre	
8. ¿En cuántos de los últimos siete días se practicó una glucometría?	0 1 2 3 4 5 6 7

9. ¿En cuántos de los últimos siete días se practicó una glucometría la cantidad de veces recomendada por su medico tratante?	0 1 2 3 4 5 6 7

Cuidado de los Pies

10. ¿En cuántos de los últimos siete días revisó sus pies?	0 1 2 3 4 5 6 7
11. ¿En cuántos de los últimos siete días inspeccionó sus zapatos por dentro?	0 1 2 3 4 5 6 7
12. ¿En cuántos de los últimos siete días se secó entre los dedos después de lavarse los pies?	0 1 2 3 4 5 6 7

Medicamentos

13. ¿En cuántos de los últimos siete días tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
14. ¿En cuántos de los últimos siete días aplicó las inyecciones de insulina recomendadas?	0 1 2 3 4 5 6 7
15. ¿En cuántos de los últimos siete días tomó el número de pastillas recomendadas para la diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7

Tabaquismo

16. ¿Ha fumado usted cigarrillo, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos siete días?	0. No 1. Si
17. ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio por día?	Escriba el número de cigarrillos:
18. ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarrillo?	1. Hace más de dos años o nunca fumé 2. Hace uno o dos años 3. Hace cuatro a doce meses 4. Hace uno a tres meses 5. Durante el último mes 6. Hoy