



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA  
ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD  
“LA CONCORDIA” DURANTE EL PERIODO 01 DE AGOSTO A 31 DE  
OCTUBRE 2016**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**AUTORA:**

**DRA. LISETTE VIRGINIA LUJANO REZABALA**

**Dr. HUMBERTO MORALES ROJAS.**  
**DIRECTOR DE TESIS**

**M.Sc. CINTIA CAICEDO MONTAÑO**  
**TUTORA METODOLÓGICA**

**SANTO DOMINGO 2016**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **LISETTE VIRGINIA LUJANO REZABALA**, con C.C. 0802477562, autora del trabajo de graduación titulado: "**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD LA CONCORDIA, DURANTE EL PERIODO 1 DE AGOSTO AL 31 DE OCTUBRE 2016**", previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de **Medicina**:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 8 de febrero del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lisette Virginia Lujano Rezabala", is written over a horizontal line.

**Lisette Virginia Lujano Rezabala**

C.C. 0802477562

## **DEDICATORIA**

A toda esa maravillosa familia y amig@s que Dios me ha regalado, por ese amor, cariño, comprensión, paciencia y entusiasmo para hacer de este camino, un camino llevadero, un camino de esperanza...confiando en que al final hay siempre una luz, esa luz que ilumina y que te hace ver las cosas de una manera distinta, llenas de fe y armonía.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios primeramente por estar conmigo todos los días, a cada instante, en todo tiempo...y porque me dice...” Todo lo puedes en Cristo que te fortalece”.

Filipenses 4.13

Eres mi Luz y, mi Salvación....Gracias Señor Jesús

A mi esposo, Nelson, quien fue el responsable y autor de que yo iniciara esta carrera, quien me brindó su apoyo, cariño y comprensión y quien estuvo allí siempre dándome esa mano amiga para seguir luchando.

A mi pequeño hijo Isaac Caleb, quien ha sido el motor principal para continuar y llegar al fin de esta carrera, quien estuvo allí siempre día y noche esperando a que llegue su mamita, como él sabe decir.

A mis padres, Milton y Rita, quienes nunca han dudado de su hija, a quien han brindado el apoyo incondicional de todas las formas posibles.

A mis estimados tutores, Cintia y Dr. Morales, por su hermosa labor en brindarme apoyo y comprensión para realizar y culminar este trabajo de investigación.

A mi familia en general, que de una u otra manera estuvieron allí dando ánimos para seguir adelante.

A tod@s los amo en el amor del Señor Jesucristo...amén

## RESUMEN

**Objetivo.** - El estudio tiene como objetivo analizar cómo el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar influye en el mejoramiento del estilo de vida de los pacientes diabéticos atendidos en el centro de salud la Concordia, perteneciente a la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas.

**Método.** - Se realizó un estudio analítico de corte transversal mediante un muestreo aleatorio simple, con una muestra de 119 pacientes voluntarios con diabetes tipo 2 y que cumplían con criterios de inclusión, atendidos por la consulta externa del Centro de Salud La Concordia, y tratamiento hipoglucemiante oral.

Se midieron las variables sociodemográficas; estilo de vida, y niveles de cohesión y adaptabilidad familiar cualitativamente, utilizando la escala policotómica nominal. Se aplicó el instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos - IMEVID, auto-administrado y la Escala de FACES III (Family Functioning Evaluation Scale), que clasifica a las familias por niveles según su estructura y vínculo emocional en dependencia del puntaje alcanzado.

**Resultados.** - De los 88 pacientes encuestados el mayor porcentaje fue del sexo femenino, del estado civil casado y de instrucción primaria. En la evaluación del estilo de vida, se encontró que el 73% corresponde a casos con estilos de vida poco favorables, el 10,23 % con estilos de vida desfavorable y solamente el 17% con estilos de vida favorables.

En base a la distribución de las familias según Cohesión de la escala de FACES III el mayor porcentaje lo obtuvo la familia conectada (43%); y de las familias según adaptabilidad fue para la familia flexible (38%). El 70,45% de los encuestados reflejan tanto buena cohesión como adaptabilidad, pero los estilos de vida no se ven relacionados directamente por este resultado con un valor de p de 0,72 y 0,78 respectivamente.

**Conclusiones.** – En este estudio, las variables de cohesión, adaptabilidad familiar y estilos de vida no están relacionadas directamente, la prueba de chi cuadrado nos demuestra que no hay significancia estadística, por lo tanto, el nivel de cohesión y adaptabilidad no influye sobre la adopción de estilos de vida saludable.

**Palabras clave:** Cohesión familiar; Adaptabilidad familiar; Estilos de vida, diabetes mellitus tipo 2.

**ABSTRACT:**

**Objective.** - The study aims to analyze how the level of family cohesion and adaptability influences the improvement of the lifestyle of diabetic patients treated at the Concordia health center, which belongs to the province of Santo Domingo de los Tsáchilas.

**Method.** - A cross-sectional analytical study was carried out using a simple random sample, with a sample of 119 volunteer patients with type 2 diabetes, who met inclusion criteria, attended by the external consultation of the La Concordia Health Center, and oral hypoglycemic treatment.

Socio-demographic variables were measured; Lifestyle, and levels of cohesion and family adaptability qualitatively, using the nominal polymorphic scale. The Self-administered Diabetic Lifestyle Measurement Instrument (IMEVID) and the Family Functioning Evaluation Scale (FACES III) were applied, which classifies families by levels according to their structure and emotional bond depending on the score reached.

**Results.** - Of the 88 patients surveyed, the highest percentage were female, marital status and primary education. In the evaluation of the lifestyle, it was found that 73% corresponds to cases with unfavorable lifestyles, 10,23% with unfavorable lifestyles and only 17% with favorable lifestyles.

Based on the distribution of families according to Cohesion of the scale of FACES III the highest percentage was obtained by the connected family (43%); And of families according to adaptability was for the flexible family (38%). 70.45% of the respondents reflect both good cohesion and adaptability, but lifestyles are not directly related to this result with a p value of 0.72 and 0.78 respectively.

**Conclusions.** - In this study, the variables of cohesion, familial adaptability and lifestyles are not directly related, the chi square test shows us that there is no statistical significance, therefore, the level of cohesion and adaptability does not influence the adoption of styles of healthy life.

**Keywords:** Family cohesion; Family adaptability; Lifestyles, type 2 diabetes mellitus.

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN .....	1
LISTA DE TABLAS .....	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	10
CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1. Estilos de vida y diabetes.....	17
2.2. Adaptabilidad y Cohesión familiar en diabetes .....	20
2.2.1. Cohesión Familiar .....	22
2.2.2. Adaptabilidad Familiar.....	24
2.3. La familia en la adopción de estilos de vida saludables .....	27
CAPÍTULO III. METODOLOGIA .....	29
3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	29
3.2. OBJETIVOS .....	29
3.2.1. General .....	29
3.2.2. Específicos.....	29
3.3. HIPÓTESIS .....	30
3.4. UNIVERSO Y MUESTRA .....	31
3.5. TIPO DE ESTUDIO.....	32
3.6. VARIABLES DE ESTUDIO .....	33
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	33
3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	35
3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS .....	37
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	54
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	66
6.1. Conclusiones.....	66
6.2. Recomendaciones .....	68
6.3. Limitaciones del estudio.....	70
BIBLIOGRAFÍA .....	71
ANEXOS .....	79
Anexo 1 .....	79
Anexo 2 .....	82
Anexo 3 .....	83
Anexo 4 .....	84

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1 COHESIÓN FAMILIAR Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DM 2 .....	52
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DM2 SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y ADAPTABILIDAD .....	53
TABLA 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	84

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DM 2 GRUPO EDAD .....	39
FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DM 2 POR SEXO .....	40
FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DM 2 POR GRADO DE ESCOLARIDAD .....	40
FIGURA 4 DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DM 2.....	41
FIGURA 5 EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN CUESTIONARIO IMEVID ..	42
FIGURA 6 DOMINIO ALIMENTACIÓN SEGÚN EVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA.....	43
FIGURA 7 DOMINIO ACTIVIDAD FÍSICA .....	44
FIGURA 8 DOMINIO TABACO .....	45
FIGURA 9 DOMINIO ALCOHOL.....	46
FIGURA 10 DOMINIO INFORMACIÓN SOBRE DIABETES .....	47
FIGURA 11 DOMINIO EMOCIONES.....	48
FIGURA 12 DOMINIO ADHERENCIA TERAPÉUTICA .....	49
FIGURA 13 DISTRIBUCIÓN DE CASOS DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN COHESIÓN.....	50
FIGURA 14 DISTRIBUCIÓN DE CASOS DEL TIPO DE FAMILIA SEGÚN ADAPTABILIDAD.	51

## CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

Fernando Pinto es un hombre de 46 años de edad de etnia mestiza que vive en la Concordia, diagnosticado con diabetes tipo 2 en marzo 2010. Al momento del diagnóstico tenía un valor de glucemia de 300 *mg/dL*. Hemoglobina glucosilada de 17%. El tratamiento para su recuperación consistió en dieta, ejercicio y tratamiento oral.

Los médicos estarán de acuerdo que “el 80% de tratamiento es la dieta y el ejercicio y el 20% restante está soportado por el medicamento; por lo tanto, en general el control de la enfermedad depende del paciente (un adecuado estilo de vida). Si a esta prescripción añadimos el componente familiar, puede fortalecer la voluntad del paciente para asumir responsablemente este tratamiento.

En diciembre de 2015 Fernando acudió al último control del año, acompañado de su esposa, mantiene resultados estables desde hace más o menos tres años: glucemia en ayunas de 99 *mg/dL*. 7% de hemoglobina glucosilada.

En resumen: es la conjunción de algunos aspectos que contribuyen a controlar adecuadamente la diabetes mellitus tipo 2.

El caso de Fernando contiene elementos para describir un trabajo de investigación en el cual el beneficio de seguir un estilo de vida saludable tiene por detrás a la familia como medio facilitador en la promoción de estos; por lo cual un

indicador es la cohesión y adaptabilidad familiar del paciente viviendo con diabetes, que acude al centro de salud la Concordia.

Las relaciones familiares juegan un papel importante en el manejo de la diabetes; se ha demostrado que los niveles bajos de conflicto, los altos niveles de cohesión y organización, y buenos patrones de comunicación están asociados con un mejor régimen de adherencia. Mayores niveles de apoyo social, en particular los relacionados con la diabetes de los cónyuges y otros miembros de la familia, se asocian con un mejor régimen de adherencia.

Estilos de vida “no saludable” causa 16 millones de muertes al año. La OMS ha lanzado un plan contra los fallecimientos prematuros por patologías no transmisibles, para reducir en un 25% el número de víctimas de diabetes hasta 2025.

El trabajo intenta plantear una reflexión a través de la fuerza de asociación existente entre cohesión familiar y adaptabilidad con la adopción de estilos de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo2, para lo cual es necesario contar con la claridad y dominio técnico-práctico de los conceptos generales de diabetes, salud familiar, estilo de vida, el método científico y la investigación.

El documento desarrolla especialmente el aspecto metodológico a partir del cual se podrá realizar un trabajo de campo sistemático con rigurosidad científica.

## JUSTIFICACIÓN

Un aspecto relevante del control de todo padecimiento crónico degenerativo y en especial de la diabetes, es que el paciente modifique los “inadecuados” estilos de vida aprendidos, por lo que el estar informado: conocer sobre la enfermedad, sus complicaciones, así cómo controlarla, transitan necesariamente por la educación participativa en salud. Es evidente que el proceso educativo, aunado a un régimen nutricional, tiene un impacto positivo en el control metabólico, sobre todo cuando este involucra al paciente y su familia.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que causa mayor impacto económico y socio-sanitario, se convierte así en un problema de salud pública, ocasionando la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial de las personas que la padecen, no sólo por su elevada frecuencia, sino sobre todo por las consecuencias de las complicaciones crónicas que causa.

En la unidad de salud la Concordia, la diabetes mellitus ocupa el décimo octavo (18vo.) lugar de las patologías más frecuentes de atención, según el reporte de Análisis Situacional de Salud (ASIS) del 2013; con una tasa de incidencia de 49.80 y una tasa de prevalencia de 64,7 en los pacientes de 50 y 65 años y más para el año 2014; lo cual la convierte en un problema de salud pública a nivel local, provincial y nacional.

Son varias las causas del bajo grado de control de nuestros pacientes, que se traduce en complicaciones<sup>1</sup>, y muertes prematuras, entre las que tenemos la mirada biológica del sistema de salud, el estilo de vida como coadyuvante para la presencia de la enfermedad y para la aparición de complicaciones.

Se han identificado pacientes con problemas de obesidad, hipercolesterolemia que a pesar de encontrarse diagnosticados de diabetes no siguen las recomendaciones médicas especialmente, en su dieta (consumo de importantes cantidades de hidratos de carbono y azúcares), unido a un poco actividad física, lo cual puede depender a su vez del nivel socio-económico del paciente y del apoyo que pueda o no encontrar en su familia (funcionalidad familiar) que es un aspecto de gran importancia; pero tomado rara vez en cuenta.

Son estas las razones motivadoras para realizar esta investigación; al ser la diabetes una enfermedad que va en aumento y que afecta tanto al paciente como a su familia; cohesión y adaptabilidad familiar y su influencia en la adopción de estilos de vida saludable es un tema de actualidad y por tanto ocupa la atención de los gestores de la salud pública.

El estudio ofrecerá a los médicos de familia y médicos generales la oportunidad de entender cómo los daños<sup>1</sup> a la salud son manejados localmente por las familias y así favorecer a la continuidad de la atención, la evaluación integral

---

<sup>1</sup> Factores de estrés individual y familiar.

del proceso salud-enfermedad individual y familiar, y la prevención de estos daños, mediante un enfoque de riesgo, que a futuro contribuya a mejorar las condiciones de salud y vida de estos pacientes; así también, comprender la interacción entre funcionalidad familiar (cohesión y adaptabilidad<sup>2</sup>) y la adopción de estilos de vida saludable en los pacientes diabéticos tipo 2 que se atienden en el Centro de Salud “La Concordia” en pro de una mejor calidad de vida para este grupo de pacientes constituyéndose en el aporte social del estudio; por otro lado su alcance práctico se visualiza al tomar a cargo a un problema de salud de connotación pública para la búsqueda de soluciones más holísticas a mediano y largo plazo; consideramos que se producirá un aporte científico a través del nuevo conocimiento que esta producirá.

Metodológicamente las herramientas que se validen servirán para la recolección de información-análisis en la profundización sobre este problema de salud, cuyos resultados pueden ser replicables en otros contextos locales, para consolidar la práctica de la salud familiar y comunitaria en la reducción de la carga social de la enfermedad.

---

<sup>2</sup> Cómo, los estilos de vida de los pacientes diabéticos están siendo influenciados por los vínculos emocionales que manejan estas familias en donde los pacientes están insertos, y como esta capacidad de actuar frente a las crisis familiares podrían modificar estos mismos estilos de vida.

## CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La diabetes mellitus (DM) se define por la OMS como un “conjunto de alteraciones metabólicas de múltiples etiologías, caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de ésta, o en ambas” (MSP-Ecuador, 2015).

Los mecanismos etio-patogénicos que conducen a la diabetes mellitus dependen de la interacción entre factores ambientales, genéticos y del estilo de vida (Rene Urquidez Romero, Julian Esparza Romero, 2014).

La diabetes es uno de los trastornos metabólicos más comunes en el mundo y la prevalencia de la diabetes en los adultos ha ido en aumento en las últimas décadas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número total de personas con diabetes fue de 171 millones en 2000, y se prevé que aumente hasta los 366 millones en 2030 (C. Setacci, G de Donato, F. Setacci, 2009).

Latinoamérica (LA) incluye 21 países con casi 500 millones de habitantes y se espera un aumento del 14% en los próximos 10 años. Existe alrededor de 15 millones de personas con DM en LA y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional. Este

comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala donde más del 40% de los habitantes son indígenas. (“OMS Diabetes,” n.d.)

De hecho, entre un 20 y un 40% de la población de Centro América y la región andina todavía vive en condiciones rurales, pero su acelerada migración probablemente está influyendo sobre la incidencia de la DM2. La prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7 y 8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%. (Consumo, n.d.)

En Ecuador, el Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INEC) para el 2011 muestran una tasa de mortalidad por diabetes de 30 por cada 100.000 habitantes, al corregir la tasa, esta se incrementa a 42 por 100.000, siendo un valor superior al de la mayoría de países latinoamericanos y a los valores estimados para la región y la subregión de América Latina (MSP-Ecuador, 2015).

Según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU), en el 2013 la prevalencia de diabetes en adultos de 20 a 79 años de edad fue de 5,68% (530.130 casos atendidos) y se calcula que hay 127.506 casos sin diagnóstico.

Ocupa el segundo lugar entre las causas de mortalidad general y el tercero en mortalidad en mayores de 65 años (Freire et al., 2014).

Las estimaciones de la carga actual y futura de la diabetes son importantes para asignar adecuadamente los recursos, impulsar políticas de promoción de la salud, y fomentar medidas para prevenir la diabetes en las generaciones futuras (Guariguata et al., 2014).

La Asociación Americana de Diabetes (ADA 2016), clasifica la diabetes en varias categorías (Association, 2016):

1. Diabetes tipo 1, debido a la destrucción de las células  $\beta$ , por lo general lleva a la deficiencia absoluta de insulina.
2. Diabetes de tipo 2, debido a un defecto de secreción de insulina progresiva en el fondo de resistencia a la insulina.
3. Diabetes mellitus gestacional (DMG). Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre de embarazo que no es claramente la diabetes manifiesta.
4. Diabetes debido a otras causas, como los síndromes de la diabetes monogénicas (como la diabetes neonatal y de madurez de aparición de los jóvenes), enfermedades del páncreas exocrino (como la fibrosis quística), y por fármacos o químicos

Los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, son: la edad, la obesidad, la falta de actividad física, mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) previa, hipertensión o dislipidemia, y ciertos subgrupos raciales / étnicos (Afro americano, indios americanos, hispanos / latinos, asiáticos y americanos). A menudo se asocia con cierta predisposición genética, sin embargo, esta teoría es poco conocida (George Bakris et al., 2015)

El paciente debe cumplir con alguno de estos criterios lo que debe ser confirmado en otra oportunidad para asegurar el diagnóstico de Diabetes mellitus.

1. Hemoglobina glucosilada  $\geq 6.5$  %.
2. Glucemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dl. El ayuno se define como la falta de ingesta calórica durante al menos 8 horas.
3. Dos glucemias  $\geq 200$  mg/dl durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO). Esta prueba debe realizarse como lo indica la OMS, con una carga de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.
4. Una glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl (en un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica).
5. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, el resultado debe confirmarse por la repetición del análisis (Association, 2016).

En el desarrollo de este tema es de importancia trascendental estudiar los factores relacionados con el entorno familiar de estos pacientes y estilos de vida y sus interrelaciones:

### **2.1. Estilos de vida y diabetes**

El estilo de vida constituye la base de las conductas que participan en el adecuado manejo y control de la enfermedad, así como de la aparición de complicaciones que afectan a la vida del paciente (Lopez, 2016). Es por eso que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tomado los estilos de vida en consideración y los cataloga como:

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”

Para medir estos estilos de vida en los pacientes diabéticos, contamos con el IMEVID, instrumento específico que ha sido validado y se utiliza en diferentes circunstancias. Fue propuesto para su utilización en la práctica clínica por su sencillez y reproducibilidad, por ser de autoadministración y breve en el tiempo de aplicación (Figueroa M, 2014).

El instrumento está constituido por 25 preguntas cerradas agrupadas en 7 dimensiones: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol,

información sobre diabetes, manejo de emociones y cumplimiento del tratamiento. Cada ítem presenta tres opciones de respuesta con calificaciones de 0, 2 y 4, donde 4 corresponde al valor máximo deseable en cada respuesta, para una puntuación total de 0 a 100, sin valores nones en la escala (López-carmona, Rodríguez-Moctezuma, & Martínez-Bermúdez M.; Ariza-Andraca C.R., 2004).

Según su calificación total, puede considerarse que los sujetos con puntuaciones menores de 60 tienen un estilo de vida desfavorable, el de los sujetos entre 60 y 80 puntos es poco favorable y el de los sujetos que obtienen más de 80 puntos es favorable para el control metabólico (Figueroa M, 2014).

Respecto al formulario, la  $\alpha$  de Cronbach de 0.81 para la calificación total, mayor que la obtenida por algunos dominios por separado, confirma que el constructo estilo de vida está integrado por diversos componentes. Este valor, refleja un buen nivel de consistencia interna pues se encuentra por arriba de 0.70 y no rebasa 0.90 (Juan Manuel López-carmona et al., 2003).

En la actualidad, el aumento de la urbanidad se asocia con una mayor prevalencia de factores de riesgo para las enfermedades cardio-metabólicas según estudio de PLOS Medicine -Urbanicity and Lifestyle Risk Factors for Cardiometabolic Diseases - (Riha et al., 2014). por lo que intervenciones de estilo de vida destinadas a promover la pérdida de peso a largo plazo y un aumento de la actividad física se recomiendan para las personas con sobrepeso y obesos con

diabetes tipo 2 (Espeland et al., 2014). Así mismo, se demostró que las dietas bajas en hidratos de carbono (HC) siguen siendo eficaces, con poco riesgo y buen cumplimiento terapéutico (Feinman, 2015)

Estudios muestran los efectos beneficiosos de las modificaciones del estilo de vida, para prevenir la Diabetes en sujetos de alto riesgo: El “Da Quing IGT and Diabets Study”(Pan et al., 1997). El Estudio Finlandés (Etu-Seppala, 2003); y el “Diabetes Prevention Program” - DPP - (US Dept of Health and Human Services and NIH/NIDDK, 2008).

Los cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad. Sin embargo, la evidencia sobre la mejor forma de recomendar esos cambios en las consultas de atención primaria (AP) es más escasa y controvertida.

Las intervenciones más intensivas, y las de mayor duración, se asocian con mayor magnitud del beneficio y más cambios mantenidos en las conductas saludables (Córdoba et al., 2014). Por otro lado, podría resultar apropiado utilizar la "regla de 5-2-1-0", descrita por Robinson (Robinson, 2014), que es una manera sencilla de ayudar a que los niños se mantengan saludables y eviten desarrollar obesidad y diabetes.

En la actualidad, varios estudios ponen de manifiesto cómo se ven afectados los pacientes diabéticos por presentar estilos de vida “no saludables” (César &

Martínez, 2014), (Jácome Gavilanez Nathaly Michelle, 2014) y otros que relacionan éstos con el inadecuado control metabólico (Figuroa-Suárez M.E., Cruz-Toledo J.N., 2014); pero existen muy pocos que toman en consideración los vínculos emocionales y la estructura familiar en relación con el control de la diabetes mellitus.

## **2.2. Adaptabilidad y Cohesión familiar en diabetes**

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad (Dr. Anselmo Herrera Avila & Familiar, 2016).

En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica y con él su estilo de vida saludable (Méndez, Gómez, Garcia, Perez, & Navarrete, 2004).

Para la medición de los sistemas familiares, uno de los modelos con mayor relevancia actualmente es el modelo circunflejo desarrollado por Olson, Sprenkie y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico de este modelo, se desarrolló el FACES

(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. Herramientas ampliamente utilizadas y probadas para investigar el funcionamiento familiar en diversos campos de estudio. A partir del análisis de la teoría familiar se identificaron las dimensiones de la dinámica familiar que se expresan en función de: cohesión y adaptabilidad familiar (Schmidt, Barreyro, & Maglio, 2010).

La fiabilidad promedio de FACES III (versión anglosajona) es de 0,80 y el índice alfa de Cronbach (versión española) es de 0,70, aplicable con facilidad en el nivel primario de atención. En población española, se suelen hallar adecuados índices de consistencia interna para cohesión, pero bajos para flexibilidad, a pesar de lo cual en el primero de estos trabajos referenciados se logró replicar la estructura original de FACES III. Sin embargo, en México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor (Schmidt et al., 2010).

En este sentido, el Modelo Circumplejo de Olson considera tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación para medir el funcionamiento familiar.

Se entiende a la cohesión, como la distancia y proximidad que existe entre los miembros de una familia y comprende dos aspectos que son: el lazo emocional que tienen los miembros de la familia entre si y el grado de autonomía de cada

miembro de la familia; y adaptabilidad, como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y emocionales. Ambas, variables pertenecientes a la dinámica familiar y útiles para investigar el funcionamiento familiar en diversos campos de estudio (Ochoa, 2015).

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles. (Martínez-Pampliega, Iraurgi Castillo, & Sanz Vázquez, 2011)

En cuanto a la dimensión de cohesión:

### **2.2.1. Cohesión Familiar**

Es definida como los lazos emocionales que tienen entre si los miembros de la familia. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: vínculo emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación.

#### **Niveles de cohesión familiar**

1. Desligada/Desvinculada (muy baja)
2. Semirrelacionada/Separada (baja a moderada)

3. Relacionada/Conectada (moderada a alta)

4. Aglutinada/Enmarañada (muy alta)

**La cohesión desligada, desvinculada o desprendida** se refiere a familias donde prima el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal.

**En la cohesión semirrelacionada/separada** si bien prima el “yo” existe presencia de un “nosotros”; además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia.

**En la cohesión relacionada/conectada**, prima el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

**En la cohesión aglutinada/ enmarañada o enredada**, en este nivel prima el “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

### 2.2.2. Adaptabilidad Familiar

La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos como:

- a) Poder (capacidad de afirmación, control, disciplina)
- b) Estilos de negociación
- c) Relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

#### Niveles de adaptabilidad familiar

1. Rígida (muy baja),
2. Estructurada (baja a moderada)
3. Flexible (moderada a alta)
4. Caótica (muy alta).

**La rígida** alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

**La estructurada** ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan.

**La flexible**, existe un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios.

**La caótica** se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes.

La tercera dimensión del Modelo Circumplejo de Olson, la comunicación, no es evaluada por esta prueba debido a que, en diversas investigaciones, en las cuales se ha empleado esta escala, se ha demostrado que las familias o parejas balanceadas tienen habilidades de comunicación más positivas que las familias o parejas extremas, es decir la comunicación se encuentra determinada por la cohesión y la adaptabilidad de manera directamente proporcional. (Martínez-Pampliega et al., 2011)

Evaluar el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo con la replicabilidad transcultural de los constructos que conlleva una serie de sesgos que deben ser advertidos y minimizados. La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar (Schmidt et al., 2010).

Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones

(Kouneski, 2001; citado en Gorall, Tiesel y Olson, 2004). En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma (Schmidt et al., 2010).

La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, Portner, y Lavee, fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Es la 3ª versión de la serie de escalas FACES, una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las tres dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales: como son la cohesión y la flexibilidad familiar. (Martinez-Pampliega, Iraurgi, Galindez, & Sanz, 2006)

Esta escala se ha administrado a familias a lo largo del ciclo de vida, desde parejas recién conformadas y sin hijos, hasta parejas de jubilados. Los ítems de esta escala se construyeron para ser comprendidos por personas desde los 12 años. (Martínez-Pampliega et al., 2011)

En cuanto a la funcionalidad familiar, cuando este entorno falla o su funcionalidad se ve afectada se conoce como Disfunción familiar y se entiende como una problemática familiar denominada también familia conflictiva o con problemas. Por supuesto que los problemas y los conflictos suceden en todas las familias, pero se tienen grados o niveles como lo señala Garza Elizondo (1997)

donde nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas y a la presión externa originada por los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia. (Concha Toro, M. Rodríguez Garcés, 2010b)

### **2.3. La familia en la adopción de estilos de vida saludables**

Para lograr cambios beneficiosos en estilos de vida, se requiere de un abordaje integral en el que debe considerarse como un aspecto fundamental a la familia. El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del individuo (Dr. Anselmo Herrera Avila & Familiar, 2016).

La comunicación, afectividad, desarrollo, adaptabilidad, apoyo emocional, económico y de información, son funciones esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Si la familia no cumple con estas funciones o no sabe manejar el estrés que produce la enfermedad, su evolución tiende a ser negativa (Concha Toro, M. Rodríguez Garcés, 2010a). Por tanto, enfrentar con éxito la enfermedad requiere frecuentemente una familia muy flexible para todo tipo de problemas fuertes (Baird, n.d.).

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose 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 su enfermedad (Ochoa, 2015).

La promoción de hábitos de vida saludables y la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) han tenido un amplio desarrollo en las consultas de atención primaria, implicando a médicos de familia y a personal de enfermería (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

## **CAPÍTULO III. METODOLOGIA**

### **3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe asociación entre adaptabilidad - cohesión familiar y la adopción de estilos de vida saludable en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en el centro de salud la Concordia durante el periodo agosto a octubre 2016?

### **3.2. OBJETIVOS**

#### **3.2.1. General**

Analizar la influencia que existe de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar sobre los estilos de vida saludable en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud “La Concordia” durante el periodo 01 de agosto a 31 de octubre 2016.

#### **3.2.2. Específicos**

1. Determinar el estilo de vida de los pacientes diabéticos a través de la escala IMEVID.
2. Evaluar cada uno de los dominios que componen la escala IMEVID

3. Comparar el nivel de adaptabilidad familiar de los pacientes diabéticos que presentan estilos de vida saludable con aquellos que tienen estilos de vida no saludable.

4. Comparar el nivel de cohesión familiar de los pacientes diabéticos que presentan estilos de vida saludable con aquellos que tienen estilos de vida no saludable.

### **3.3. HIPÓTESIS**

Hipótesis alterna - H1:

Existe fuerza de asociación entre cohesión familiar y adaptabilidad con la adopción de estilos de vida saludable, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

### 3.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Partiendo de una población de 250 pacientes diabéticos en el centro de salud “La Concordia” se realizó el cálculo de la muestra, utilizando la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 (P*Q)}{d^2}$$
la que dio como resultado una muestra de 119 pacientes diabéticos.

Se realizó un muestreo aleatorio simple, a fin de garantizar la representatividad del estudio, un sorteo entre los 250 pacientes a los cuales se asignó un número del 1 al 250.

Se tomó en cuenta a personas que accedieron participar voluntariamente en el estudio y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2
- Mayores de 40 años de edad
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 más de 5 años,
- Atendidos por la consulta externa del Centro de Salud La Concordia, desde el 01 de agosto al 31 de octubre de 2016,
- Tratamiento único con hipoglucemiantes orales
- Firmado el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión:

- Menores de 40 años
- Tratamiento con Insulinoterapia
- Atendidos por el servicio de emergencia durante el tiempo estipulado para el estudio.
- No firmen el consentimiento informado.
- No acepten la aplicación de las encuestas.

Por lo tanto, el estudio se realizó con 88 pacientes, ya que 10 pacientes usaban Insulina además de hipoglucemiantes orales en su tratamiento, 5 eran menores de 40 años, 5 tenían menos de 5 años de diagnóstico, y 11 de los 119 no accedieron a firmar el consentimiento informado por cuestiones personales.

### **3.5. TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio analítico de corte transversal. Al examinar la correlación causa – efecto para probar la hipótesis de estudio, entre la adaptabilidad y cohesión familiar con la adopción de estilos de vida saludable de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del estudio; proporcionó información para la realización de intervenciones de salud pública, en donde el paciente como ser bio-psico-social es el centro de nuestra atención, el que es influenciado de

manera positiva o negativa por el apoyo familiar y/o social en su recuperación.

### **3.6. VARIABLES DE ESTUDIO**

Para establecer las dimensiones e indicadores de las variables se realizó la operacionalización de las mismas (Anexo 4).

### **3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La recolección de datos se realizó previa autorización de las respectivas autoridades y del director del Distrito 23D03 “La Concordia”; y con la firma de aceptación de los participantes a través del Consentimiento Informado (Anexo 1), basado en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI). Para tal efecto se aplicó el Cuestionario IMEVID (Anexo 2) y la escala de FACES III (Anexo 3).

Para la recolección de datos se contó con la ayuda de los Médicos de la Consulta Externa (en cuanto a escalas IMEVID y FACES III), los mismos que se fueron capacitador por la investigadora.

Cuestionario IMEVID: permitió medir el estilo de vida en Diabéticos, es un cuestionario de 25 preguntas cerradas con tres opciones de respuestas, con puntuaciones 0, 2 o 4, que se agrupan en siete dominios que evalúan el estilo de vida de los pacientes con DM2: nutrición, actividad física, consumo de tabaco,

consumo de alcohol, conocimiento sobre diabetes, emociones y adherencia terapéutica, y se califica puntuando del 0 al 100. A mayor puntaje obtenido en la encuesta se cataloga como un estilo de vida más saludable.

El tiempo necesario para la aplicación del IMEVID fue de aproximadamente 10 minutos lo cual permitió su aplicación en la sala de espera y durante la consulta médica. A este formulario ya validado por los autores, le adaptamos los datos sociodemográficos relacionados con sexo, nivel de educación, escolaridad, estado civil y lugar de residencia, lo cual permitió recoger la información en un mismo formulario.

FACES III en español contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4; y siempre, 5) y se contesta en un promedio de 5 minutos.

Previo a la aplicación de los instrumentos se realizó una prueba piloto a 15 personas entre las cuales había pacientes hipertensos y jóvenes que realizan ejercicios en el Club Dulce Vida, para validar los formularios (FACES III, IMEVID) en el contexto local; esto permitió tener conocimientos de los siguientes aspectos:

- Aceptación de la entrevista y del tema de la encuesta
- Comprensión de las preguntas del cuestionario
- Duración media de la entrevista

### **3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de la información se empleó el programa estadístico Epi Info versión 7. Se diseñó una base de datos en hoja de Excel 8.0 con los instrumentos aplicados, que fue alimentada con los datos de las encuestas.

No hubo necesidad de excluir ningún formulario ya que todos estaban completos en más del 80% de los datos solicitados

Las variables cualitativas se presentan mediante distribución de frecuencias y porcentajes a través de tablas y figuras; para la medición de variables cuantitativas se realizaron tablas de frecuencia acumulada, lo cual permitió definir la marca de clase para las medidas de tendencial central (media) y de variabilidad (desviación estándar) de la edad de los pacientes.

Para representar gráficamente los datos se utilizó histograma y polígono de frecuencia.

La medición de variables cualitativas se realizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson ( $X^2$ ) y corrección de Fisher e intervalos de confianza. Un valor de «p»

igual o menor a 0,05 fue considerado como estadísticamente significativo, para verificar la hipótesis.

Se agrupan las familias según cohesión y adaptabilidad, y los estilos de vida para verificar si existe variación en el resultado de la p y correspondiente interpretación en cuanto su significancia estadística.

Las familias por Cohesión se agrupan en:

- Familias desvinculadas y familias amalgamadas: Mala cohesión
- Familias separada y conectada: Buena cohesión.

Las familias clasificadas según Adaptabilidad se agrupan en:

- Familias rígidas y familias caóticas: Mala respuesta;
- Familias estructuradas y flexibles: Buena respuesta.

La medición de estilos de vida y para responder a nuestra pregunta de investigación en cuanto a la influencia sobre adopción de estilos de vida saludable, se agruparon:

- El resultado desfavorable y poco favorable: Estilos de vida no saludable
- Se mantiene el estilo de vida favorable: Estilo de vida saludable.

### **3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS**

El registro oficial (Órgano del Gobierno del Ecuador) en su capítulo II, artículo 6 declara las funciones de los CEISH (Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos) en relación a los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de los protocolos de investigación con seres humanos (Dr. Del Pozo Barrezueta Hugo Enrique, 2014).

la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en el año 2005, La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos y los lineamientos sugeridos por el comité de bioética de la PUCE en el marco de la OMS; en pos de mantener la bioseguridad de las personas participantes de un estudio de investigación, han visto la necesidad de evaluar los problemas éticos que se puedan suscitar durante el desarrollo de los proyectos de investigación que tengan en consideración a seres humanos, y que los derechos de estos estén por encima de cualquier interés.

En base a esto, la presente investigación se permite cumplir con siete de los ocho criterios de los aspectos éticos que se consideran ampliamente como necesarios y suficientes para que la investigación biomédica sea éticamente correcta:

Se explicó la ausencia de riesgos y los beneficios potenciales del estudio a los que se expone a la persona en la investigación.

Se respetó a la persona y su familia, su autonomía a través del consentimiento informado.

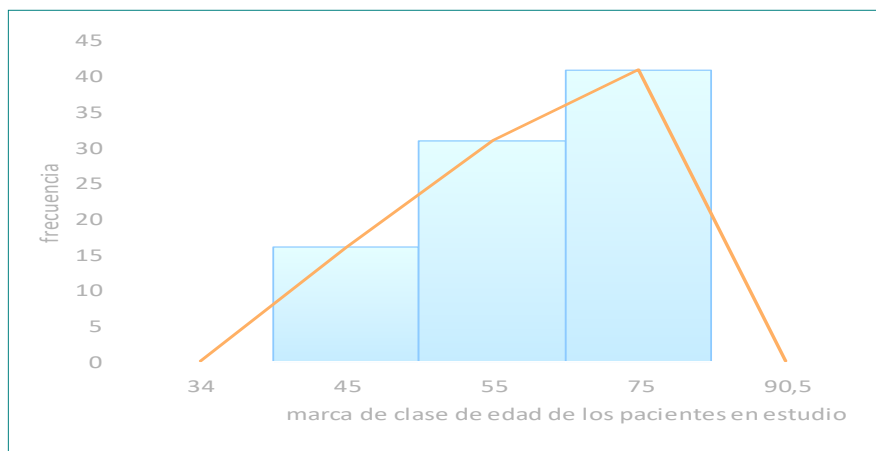
El documento fue leído y explicado por el encuestador a cada participante siendo incluidos en el estudio aquellos que firmaron la aceptación que fue el 95,8 %. Los integrantes tuvieron la libertad de responder en forma negativa a las preguntas y de abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto afecte el acceso o calidad de la atención proporcionada.

La información obtenida de las encuestas realizadas para este estudio permanece de forma confidencial y en poder de la autora de la investigación (ver Anexo 1).

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1 Variables Sociodemográficas

#### 4.1.1. Edad:

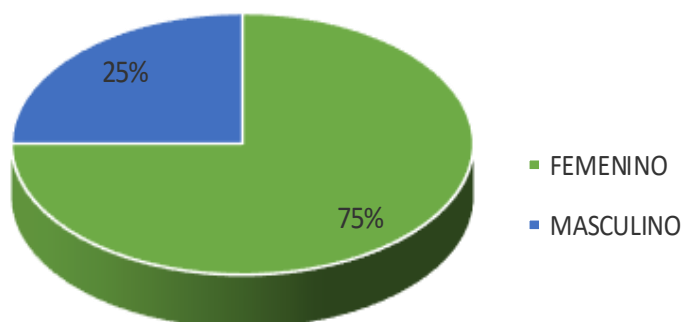


*Figura 1* Distribución de los pacientes con DM 2 grupo edad. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia)

El gráfico muestra que los pacientes evaluados con mayor rango de edad, cuya media es 75 años, es el grupo predominante (n=41), seguidos del grupo con media de 55 años (n=31). El grupo más joven de media 45 años (n=16) presenta una menor frecuencia.

#### 4.1.2. Sexo:

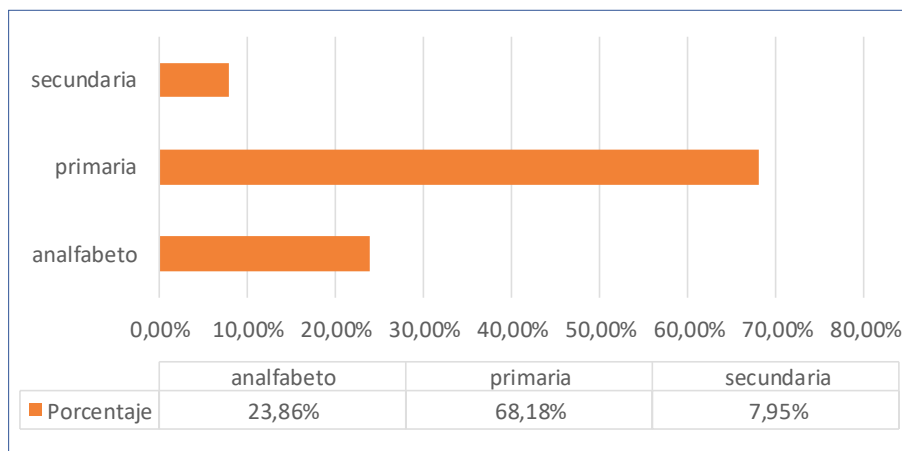
El 75% de los pacientes evaluados son mujeres, los hombres representan el 25%. Esta información se observa a continuación en el siguiente gráfico:



*Figura 2* Distribución de los pacientes con DM 2 por sexo (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

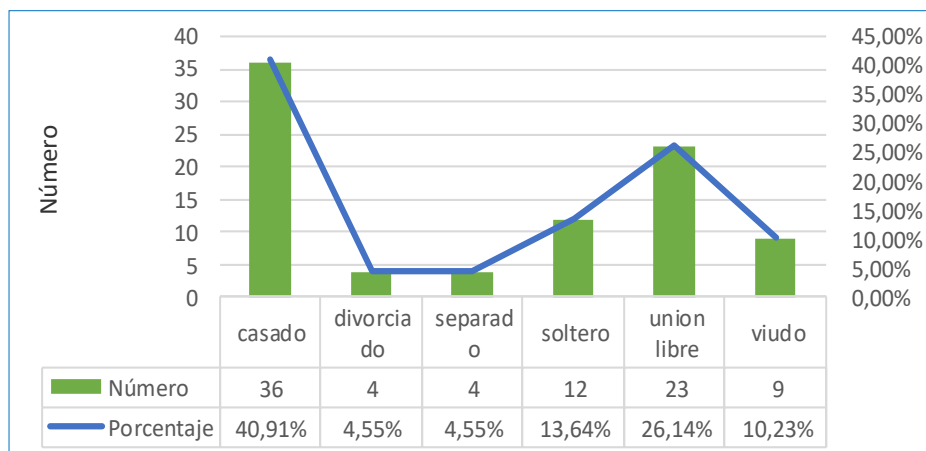
#### 4.1.3. Escolaridad:

En el gráfico observamos que la escolaridad de los pacientes evaluados es exclusivamente primaria (68,18%), seguida de 23% de analfabetismo y un 7,95% de secundaria.



*Figura 3* Distribución de los pacientes con DM 2 por grado de escolaridad (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

## 4.1.4. Estado Civil:



*Figura 4* Distribución por estado civil de los pacientes con DM 2 (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

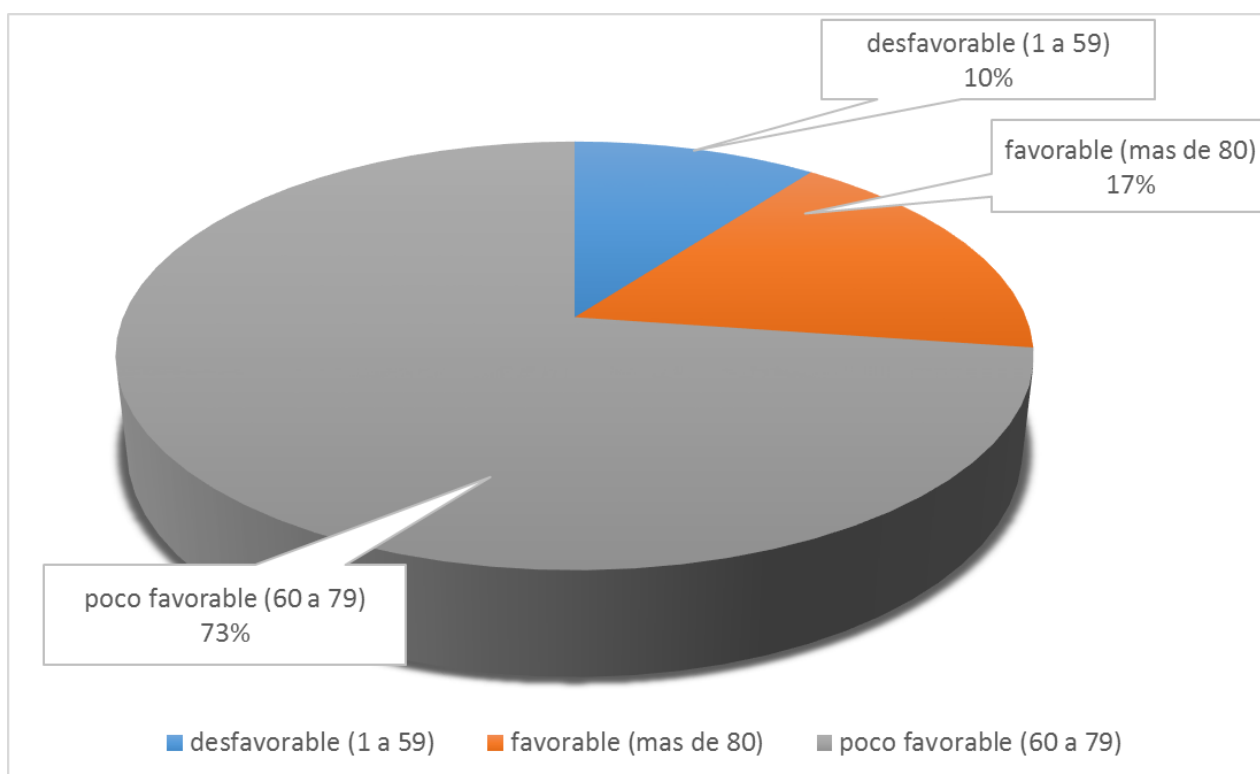
La figura muestra a los pacientes casados con un 40,91% (n=36), seguidos de aquellos en unión libre con un porcentaje de 26,14% (n=23), le siguen los solteros (n=12) y viudos (n=9), con un 12% y 9% respectivamente.

Los divorciados y separados representan una pequeña fracción (n=4), correspondiéndole a cada grupo 4,55%.

## 4.2. ESTILOS DE VIDA:

### 4.2.1. Estilos de Vida según cuestionario IMEVID

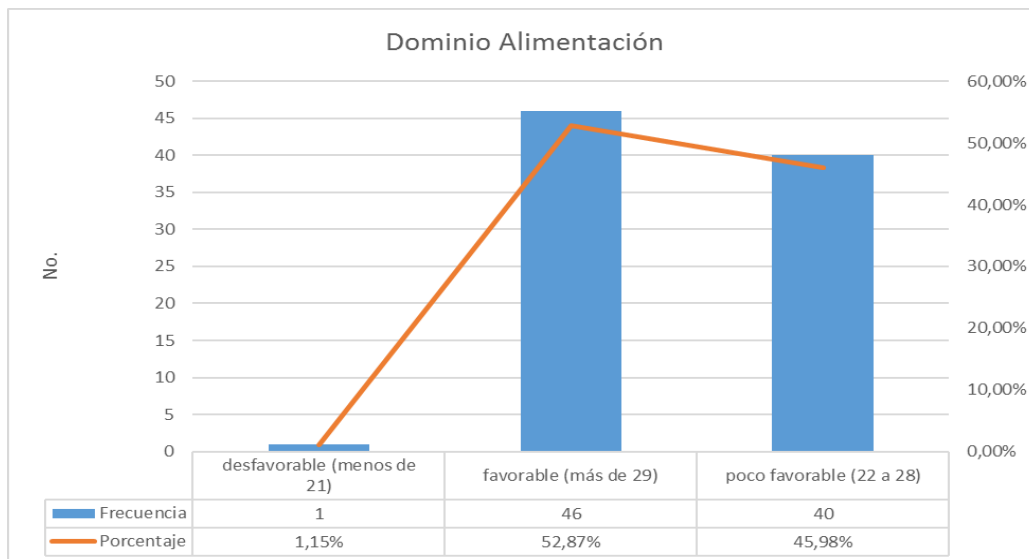
El 73% (n= 64) corresponde a casos donde los estilos de vida son poco favorables (Puntaje entre 60 a 79), el 10 % con estilos de vida desfavorable (n=9) y el 17% (n=15) corresponden a estilos de vida favorables. Lo que se puede observar en el siguiente gráfico:



*Figura 5* Evaluación de los Estilos de vida según Cuestionario IMEVID (L. Lujano, 2016) /  
(Elaboración propia)

#### 4.2.2. Dominio alimentación según cuestionario IMEVID

En la figura a continuación observamos el comportamiento del dominio alimentación, donde el 52,87% (n=46) resultó tener estilo de vida favorable y el 45,98% (n=40) ser poco favorable.

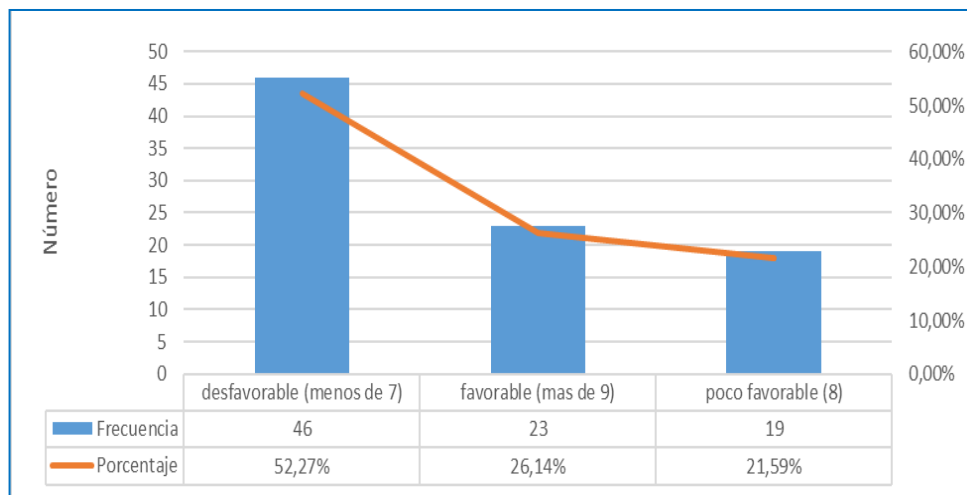


*Figura 6* Dominio Alimentación según evaluación de estilos de vida. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

### 4.2.3. Dominio actividad física según cuestionario IMEVID

Con respecto a la actividad física en estilos de vida, se observa que el 52,27% (n=46) corresponden a estilo de vida desfavorable, seguido de un 26,14% (n=23) con estilos de vida favorable y en menor proporción con un 21,59% (n=19) estilos de vida poco favorable.

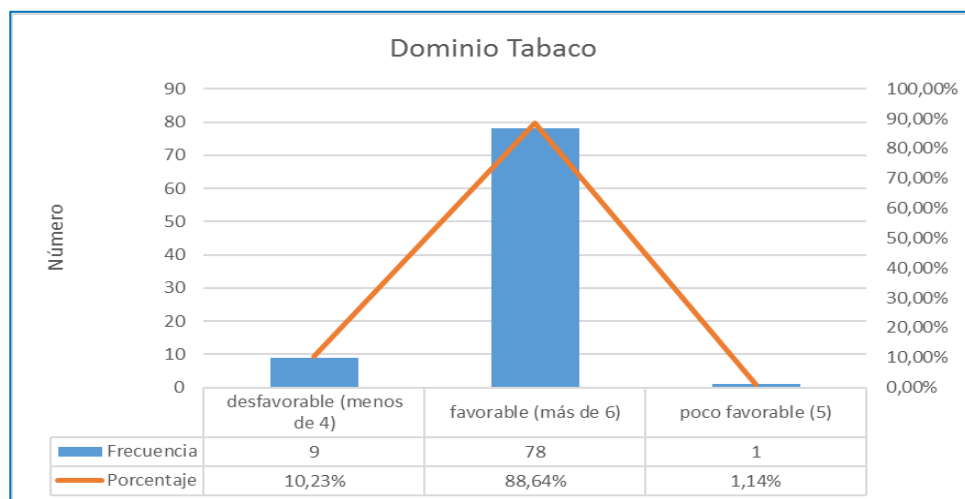
Lo que se resume en el siguiente gráfico:



*Figura 7 Dominio Actividad Física (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).*

#### 4.2.4. Dominio de tabaco según cuestionario IMEVID

En la figura que se presenta a continuación se observa el comportamiento del dominio tabaco en los estilos de vida, donde el 88,64% (n=78) corresponden a estilo de vida favorable y el 10,23% de los pacientes tienen estilo de vida desfavorable.



*Figura 8 Dominio Tabaco. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).*

#### 4.2.5. Dominio de alcohol según cuestionario IMEVID

En este dominio se observa que el 80,68% (n=71) de las personas con diagnóstico de diabetes tienen un resultado favorable y el 18,18% (n=16) presentan estilos de vida desfavorable para dominio alcohol.

La información descrita se describe en el siguiente gráfico:

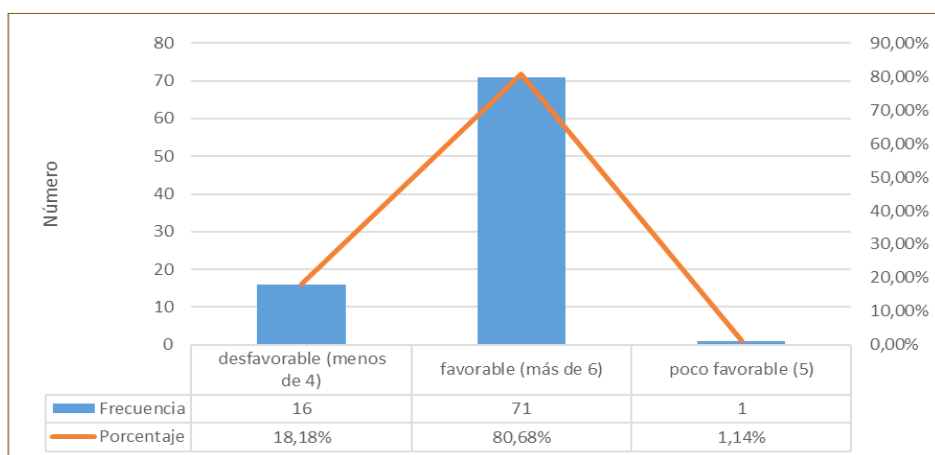


Figura 9 Dominio Alcohol (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

#### 4.2.6. Dominio de información sobre diabetes según cuestionario IMEVID

Al considerar este dominio se observa que el 82,95% (n=73) resulto ser desfavorable, y el 13,64% (n=12) presento estilo de vida favorable.

Dicha información se grafica en la siguiente figura:

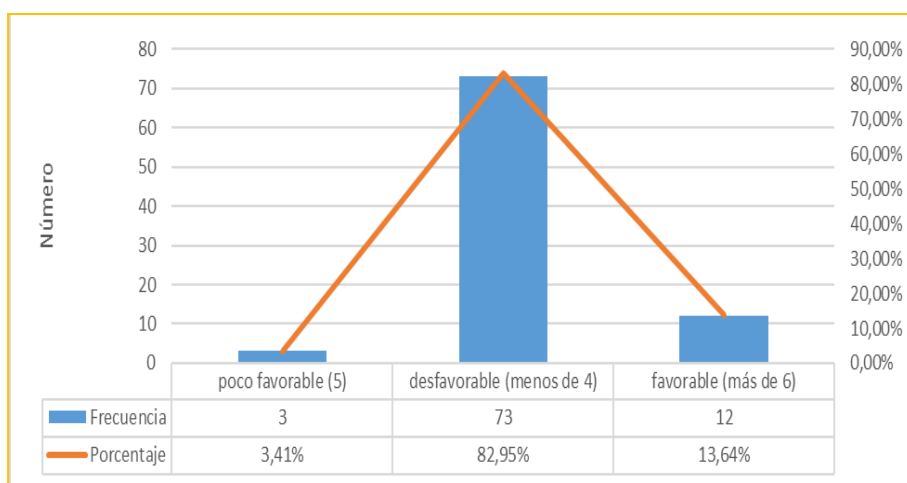


Figura 10 Dominio Información sobre Diabetes (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

#### 4.2.7. Dominio emociones según cuestionario IMEVID

Al valorar este ítem se contempla que el 38,64% (n=34) de los pacientes tienen un estilo desfavorable respecto a las emociones, y el 31,82% (n=28) presentaron estilos de vida favorable. Los otros 26 pacientes (29,55%) presentaron estilos de vida poco favorable.

A continuación, se presenta el gráfico:

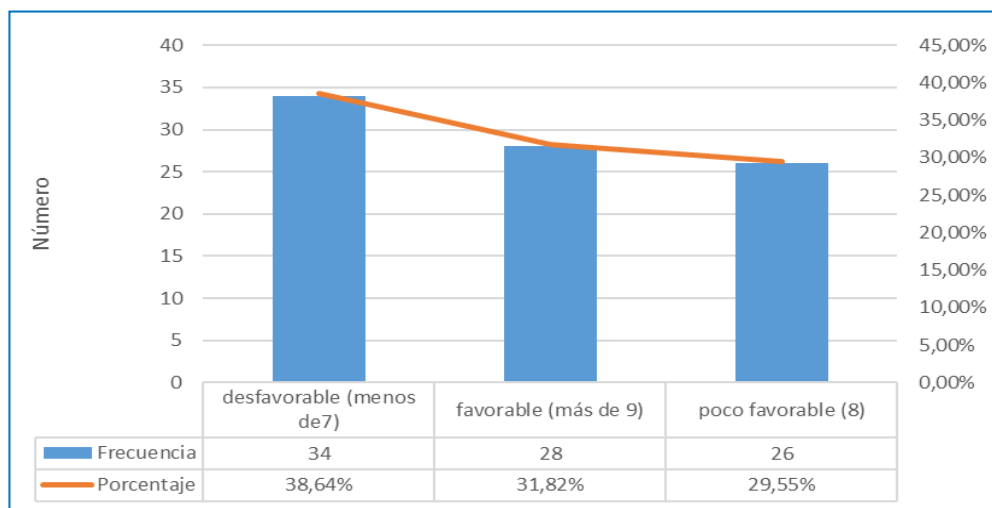
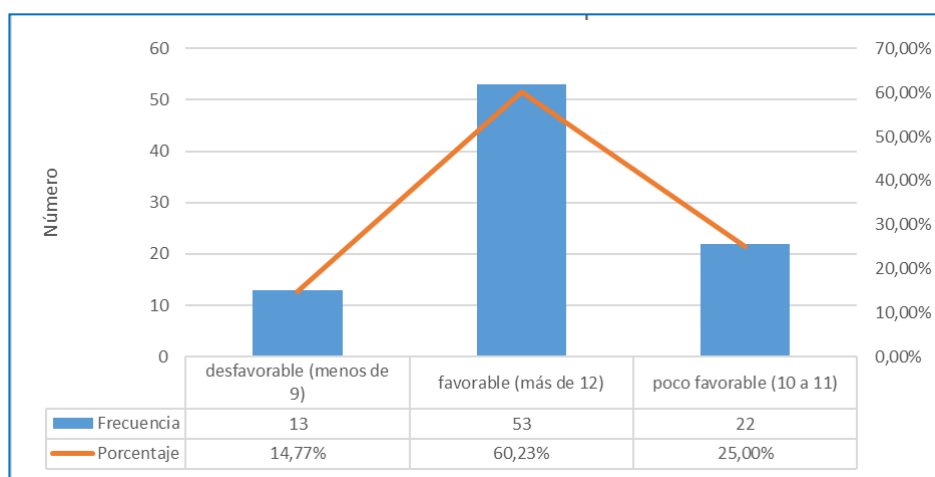


Figura 11 Dominio Emociones. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

#### 4.2.8. Dominio de adherencia terapéutica según cuestionario IMEVID

El 60,23% (n=53) de los pacientes diabéticos tienen una adherencia terapéutica favorable, un 14,77% (n=13) es desfavorable y el 25% (n=22) es poco favorable.

Dicha información es presentada en el siguiente gráfico:



*Figura 12 Dominio Adherencia Terapéutica. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).*

### 4.3. TIPOS DE FAMILIAS:

#### 4.3.1 Según Cohesión – Escala de FACES III:

La distribución de las familias según Cohesión de la escala de FACES III demuestra que el 43% (n=38) corresponde a familias conectadas, seguido de las familias separadas en un 27% (n=24). Las familias desvinculadas presentan un porcentaje del 8% (n=7).

Dicha información se puede observar a continuación:

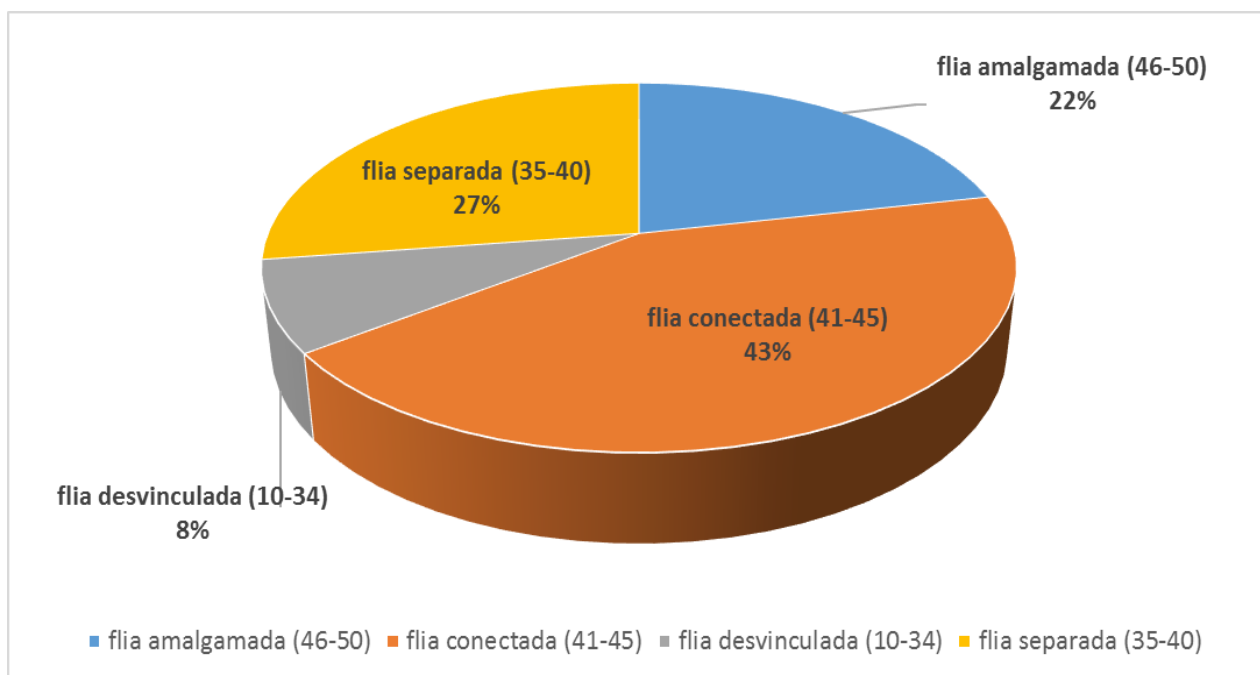
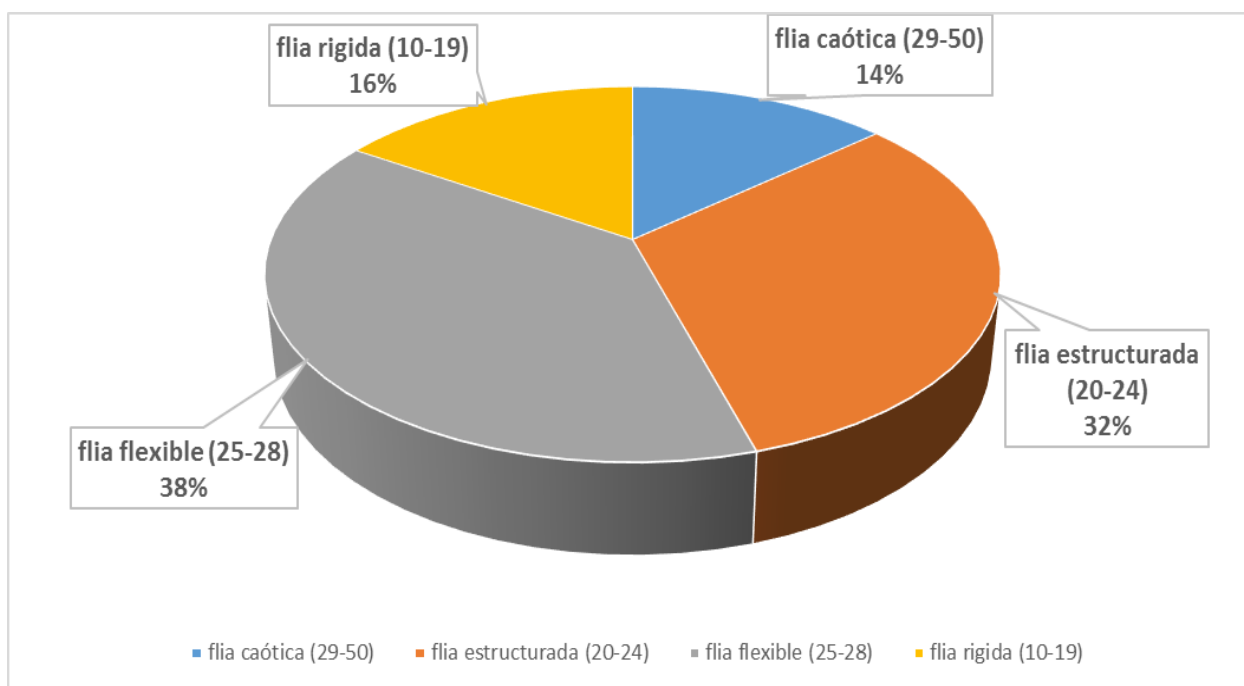


Figura 13 Distribución de casos del tipo de familia según Cohesión. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

### 4.3.2 Según Adaptabilidad:

Las familias flexibles se encuentran en un 38% (n=34), seguido de la familia estructurada con un 32% (n=28) y en último lugar de frecuencia se encuentran las familias rígidas y caóticas con un 16% (n=14) y 14% (n=12) respectivamente.

A continuación, se presenta la información en el siguiente pastel:



*Figura 14* Distribución de casos del tipo de familia según Adaptabilidad. (L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).

## 4.4. FAMILIAS Y ESTILOS DE VIDA

### 4.4.1. Familias según Cohesión y Estilos de Vida

**Tabla 1.**

*Distribución de Pacientes con DM2 según Estilos de Vida y Cohesión, Subcentro de Salud “La Concordia” Ago-Oct 2016*

COHESION	ESTILOS DE VIDA			Prueba de Chi-cuadrado			
	Saludables	No Saludables	Total	OR	IC 95%	X2	p
<b>Buena</b>	10	52	62	0,8	0,24 a 2,64	0,12	0,72
<b>Row %</b>	16,13%	83,87%	100,00%				
<b>Col %</b>	66,67%	71,23%	70,45%				
<b>Mala</b>	5	21	26				
<b>Row %</b>	19,23%	80,77%	100,00%	Test de Fisher			0,96
<b>Col %</b>	33,33%	28,77%	29,55%				
<b>Total</b>	15	73	88				
<b>Row %</b>	17,05%	82,95%	100,00%				

*(L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).*

Los resultados de esta tabla muestran que, de los pacientes que presentan un estilo de vida saludable (n=15), el mayor porcentaje (66,67%) se ubica en los que poseen una buena cohesión familiar; y de los pacientes con un estilo de vida no saludable, el 28,77% de los pacientes se encuentran con una cohesión familiar no adecuada

El odd ratio (OR) es de 0,80, el intervalo de confianza va de 0,24 a 2,64, el chi cuadrado representa el 0,12 y un valor de p=0,72. El test de Fisher muestra una p= a 0,96

## 4.4.2. Familias según Adaptabilidad y Estilos de Vida

**Tabla 2.**

*Distribución de Pacientes con DM2 según Estilos de Vida y Adaptabilidad, Subcentro de Salud “La Concordia” Ago-Oct 2016*

ADAPTABILIDAD	ESTILOS DE VIDA			Prueba de Chi-cuadrado			
	Saludables	No Saludables	Total	OR	IC 95%	X2	p
<b>Buena</b>	11	51	62	1,18	0,34 a 4,13	0,072	0,788
<b>Row %</b>	17,74%	82,26%	100,00%				
<b>Col %</b>	73,33%	69,86%	70,45%				
<b>Mala</b>	4	22	26	Test de Fisher		0,53	1
<b>Row %</b>	15,38%	84,62%	100,00%				
<b>Col %</b>	26,67%	30,14%	29,55%				
<b>Total</b>	15	73	88				
<b>Row %</b>	17,05%	82,95%	100,00%				

*(L. Lujano, 2016) / (Elaboración propia).*

Los resultados de esta tabla muestran que, de los pacientes que presentan un estilo de vida saludable (n=15), el mayor porcentaje (73,33%) se ubica en los que poseen una buena adaptabilidad; al valorar los datos de los pacientes con un mal estilo de vida el 69,86% de los pacientes se encuentran con una adaptabilidad familiar adecuada.

El odd ratio (OR) es de 1,18, el intervalo de confianza va de 0,34 a 4,13, el chi cuadrado representa el 0,072 y un valor de p=0,788. El test de Fisher muestra una p= 1

## **CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

En base a los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos IMEVID y FACES III en la población seleccionada, se pretende discutir la influencia de la cohesión y la adaptabilidad familiar sobre la adopción de estilos de vida saludable, así como la determinación de estos estilos de vida y el tipo de familia a la que pertenecen nuestros pacientes concordenses.

En el presente estudio se observó que de los 88 pacientes encuestados que cursan con diabetes mellitus tipo 2 en el subcentro de salud la concordia; tienen un perfil caracterizado por una edad media de 59,8 años, con predominio de mujeres sobre los hombres y por un nivel socio-económico bajo caracterizado por un nivel primario de educación.

Esto obedece a que la concordia es una población rural, con características de cordones de pobreza de acuerdo a datos INEC 2010 y en donde los pacientes que mayormente acuden por una consulta de salud son mujeres.

Los niveles de educación formal pueden ser un factor en las creencias, conocimiento y prácticas con respecto a la diabetes. Un nivel de educación más alto se relaciona con un mayor conocimiento de DM y una reducción más grande en la mortalidad (Miech, Kim, McConnell, & Hamman, 2016), pero el mayor porcentaje de la población estudiada tiene poca instrucción por lo que es esperable

que el control y los índices de mortalidad sean mayores independientemente si tiene o no buena adaptabilidad familiar.

El estado civil más frecuente fue el casado en 36 pacientes, lo que representa el 40,91%, seguidos de aquellos en unión libre con un porcentaje de 26,14%; esto nos habla a favor de que un 67,05% de los encuestados tienen pareja, y se corresponde con el estudio hecho en Chile en el 2014 donde el 58,7% tiene pareja estable y va de la mano con el cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2, en este caso el estudio fue hecho en adultos mayores (Alcaíno Díaz & et al, 2014).

Con respecto a la evaluación del estilo de vida, en este estudio se encontró que el 83% corresponde a casos donde los estilos de vida son desfavorables y el 17% con estilos de vida favorable, según encuesta IMEVID aplicada a los pacientes, es decir que, nuestros pacientes mantienen un estilo de vida no saludable lo que se puede relacionar por la baja escolaridad de nuestra población, pero se debe recordar que los buenos estilos de vida disminuyen las complicaciones de enfermedades crónicas.(Miech et al., 2016)

El instrumento IMEVID mide los 7 dominios que la componen, el dominio de alimentación muestra que el 52,87% (n=46) tuvo un estilo de vida favorable, lo que se equipara con el estudio de Ramírez Ordoñez en el 2011 sobre estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en donde se encontró que los

pacientes presentan estilos de vida saludables (57%) debido a que consumen frutas y verduras algunos días de la semana, consumen de 0 a 1 pieza de pan, no comen alimentos entre comidas ni fuera de casa y casi nunca agregan sal ni azúcar a sus alimentos ya preparados; la población en la Concordia se caracteriza por tener familias en donde por lo general las mujeres pasan en casa y son los hombres quienes salen a trabajar. Por lo tanto, y como ya se mencionó, son las mujeres las que mayormente acuden a las consulta de salud y a quienes se les realizó la encuesta, éstas generalmente se alimentan dentro de casa (Ramírez Ordóñez et al., 2011).

En el dominio de ejercicio, se observa que el 73,86% (n=65) corresponden a estilo de vida no saludable, y el 26,14% (n=23) con estilos de vida saludable, esto quiere decir que en la población diabética de la Concordia existe un alto porcentaje de sedentarismo lo que predispone a un aumento de factor de riesgo de enfermedades crónicas. Ramírez Ordóñez et al., 2011 menciona en el dominio de actividad física que los pacientes presentan estilos de vida poco saludables (23%) debido a que casi nunca realizan actividades físicas y ocupan su tiempo libre realizando trabajos en el hogar.

En el artículo “Improving Patient Adherence” del 2006 se ha encontrado que existe una mayor adherencia para el uso de medicamentos que para el cambio de estilo de vida. Así, se ha visto que la adherencia al ejercicio físico se encuentra

entre el 19% y 37%, en este último porcentaje se incluyen los pacientes que participan en programas de actividad física informales. (Delamater, 2006).

El estudio realizado en pacientes diabéticos tipo 2 en Nigeria en el 2014 sobre la actividad física en adultos nigerianos indicó que el 31% de los adultos con diabetes tipo 2 eran físicamente inactivos. (Olufemi O., Olantunde Odusan, 2014).

Todos estos datos concuerdan con lo encontrado en el estudio.

En cuanto al dominio tabaco el 88,64% (n=78) presentaron estilo de vida favorable y en dominio alcohol el 80,68% (n=71) debido a que en su mayoría no fuman ni ingieren bebidas alcohólicas. Situación similar se encontró en el estudio descriptivo realizado por Ramirez O. (2011), en donde los puntajes más elevados se registraron por la ausencia del hábito de fumar y en donde la ingesta leve o moderada de alcohol en personas diabéticas está asociado con una disminución de eventos cardiovasculares por lo que nuestra población de estudio en cuanto a este factor analizado de manera individual tiene baja probabilidad de complicaciones. (Howard, Arnsten, & Gourevitch, 2004).

En el dominio de información sobre la diabetes se encuentra que los pacientes presentan estilos de vida poco saludables, el 82,95% (n=73) resulto ser desfavorable lo que podría ser debido a que no han asistido a charlas sobre la diabetes y muy pocas veces tratan de buscar información por sus propios medios. Este hallazgo concuerda con lo que se observó en la investigación realizada por

Quirantes A. (2000), en donde se encontró que el 26,8% de los pacientes no recibió educación para la diabetes por lo que desconocen las complicaciones de su enfermedad y los cuidados que deben tener con ella (Quirantes A, Lopez L, Curbelo V, Montano J, machado P, 2000). Las posibles causas del poco interes en nuestra población se debe a las largas distancias que deben recorrer para participar de una charla o actividad, la dificultad para acceder a los sistemas tecnológicos y la desorientada influencia de los vecinos o amigos que presentan el mismo problema de salud.

En el dominio de emociones el mayor porcentaje (38,64%) fue desfavorable debido a que los pacientes en su gran mayoría tienen pensamientos pesimistas acerca de su enfermedad, situación que va de la mano con la falta de información acerca de su problema de salud. Situación contraria encontrada en el estudio realizado por Ramírez (2011) en donde el mayor número de los pacientes presentan estilos de vida saludables, debido a que algunas veces se enojan con facilidad y casi nunca se sienten tristes ni tienen pensamientos pesimistas sobre su futuro (Ramírez Ordóñez et al., 2011). El estudio realizado por Castillo J. (2004), tuvo resultados similares al nuestro con respecto a ser desfavorable en su gran mayoría, pero debido a que se encontró que la muestra de la investigación curso con un grado de ansiedad, depresión, temores y preocupaciones, al presentar signos leves o agudos de problemas psicológicos (Castillo & Barrios, 2004).

Otro de los dominios de relevancia en este estudio y de los que más se ha investigado, es la adherencia terapéutica que tienen los pacientes diabéticos y cómo influye este en la adopción de estilos de vida saludable; como vemos, el 60,23% (n=53) tiene adherencia terapéutica favorable, pareciera irracional, pero esto es debido a que la población tiene el concepto errado de que sola la medicina mantiene controlada su enfermedad sin tomar en cuenta la importancia de la dieta y el ejercicio. Pero a pesar de que existe poco acceso a la información y un bajo nivel educativo tienen buena adherencia terapéutica debido al trabajo individualizado que se realiza en las consultas médicas.

Situación similar se encontró en el estudio de Ramirez (2011) en donde los pacientes presentaron estilos de vida saludable debido a que siguen las instrucciones médicas respetando las sugerencias de sus médicos de cabecera (Ramírez Ordóñez et al., 2011).

Un aspecto que se ha visto que influye en la adherencia es el medio interno del paciente, esto se refiere a los conocimientos, creencias, emociones y experiencias que tiene con respecto a su patología. Así, los pacientes que comprenden mejor su enfermedad, que creen que el tratamiento es efectivo, que los beneficios superan los costos, y que tienen éxito con la terapia, van a presentar una mejor adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como a los cambios en el estilo de vida. Al contrario, aquellos pacientes que piensan que los

medicamentos no son efectivos, o pacientes asintomáticos, que creen no necesitar terapia alguna, muestran bajos niveles de adherencia (Grant, Devita, Singer, & Meigs, 2003), lo que mantiene una correspondencia con nuestro estudio.

Además, en un estudio realizado en México por Arreola (2009) para medir adherencia terapéutica en base al instrumento IMEVID en pacientes hipertensos en relación al apoyo familiar se puntualizó que entre más apoyo brinden los familiares, se verá reflejado en una mejor adherencia al tratamiento, ya sea de tipo farmacológico o no. (Arreola & Gómez, 2009).

En relación con el estudio, los pacientes en su mayoría presentan buena adherencia terapéutica, pero estilos de vida no saludables por los motivos ya mencionados; sin embargo, se necesitarían realizar estudios que aporten sobre el apoyo y la funcionalidad familiar.

En base a la distribución de las familias según Cohesión de la escala de FACES III el mayor porcentaje corresponde a familias conectadas con un 43% (n=38), seguido de las familias separadas con un 27% (n=24), es decir de un bajo y moderado nivel de cohesión, en donde prima el “nosotros “y el “yo” y que tienen cierto grado de dependencia e independencia respectivamente. Cabe recalcar que el menor porcentaje obtenido en este estudio corresponde a las familias desvinculadas con un aproximado del 8% (n=7). Estos son datos considerablemente favorables ya que nos habla de que las familias en la concordia que tienen en su interior personas

con enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus mantienen cierto equilibrio en cuanto a sus vínculos emocionales y existe negociación para la resolución de conflictos. Por otro lado, es necesario mencionar que el menor porcentaje corresponde a familias desvinculadas, familias no relacionadas en donde prima el “yo” y en donde su tendencia va hacia la independencia personal, es decir que generalmente no necesitan de nadie más para resolver sus problemas y se puede pensar que el vínculo emocional está literalmente roto.

En cuanto al comportamiento de la Adaptabilidad familiar en pacientes con DM 2 en el subcentro de salud de la Concordia, el mayor porcentaje correspondió a la familia flexible con un 38% (n=34) y solo con un 6% menos se encontró las familias estructuradas (32%), dejando en último lugar de frecuencia las familias rígidas y caóticas con un 16% y 14% respectivamente; lo que fortalece la premisa mencionada anteriormente, las familias que presentan una buena adaptabilidad son las que mayor porcentaje obtienen sumando un 70%, a diferencia de las familias caóticas y rígidas que presentan mala adaptabilidad. Esto nos quiere decir que, el 70% de las familias concordenses que tienen inserta personas con diabetes, tienen alta capacidad para compartir el liderazgo dentro de la familia y se pueden compartir o intercambiar los roles cuando sea necesario, es decir tienen disciplina democrática.

Una vez que se han determinado los estilos de vida en los pacientes diabéticos de este estudio y que se han clasificado las familias según su cohesión y adaptabilidad, se analizó la relación que existe entre estas variables y la influencia o no de los niveles familiares sobre la adopción de estilos de vida saludable.

El 70,45% de los encuestados con diabetes mellitus tipo 2 perciben tener buena cohesión familiar. Este porcentaje es menor en aquellos que tienen adecuado estilo de vida (66,6%) frente a 71,23% que tienen estilo de vida no Saludable. El 29,55% revelan no tener buena cohesión familiar, y este porcentaje (33,33%) es mayor en aquellos con estilo de vida saludable.

El valor de p en este estudio es de 0,72; con un chi cuadrado de 0.12 y odd ratio (OR) de 0,80; con un test de Fisher que muestra una p= a 0,96. En base a estos resultados, concluimos que, en relación a la hipótesis planteada en nuestro estudio, el tipo de familia según cohesión no se asocia directamente a la adopción de estilos de vida saludable puesto que el resultado fue un valor de p no estadísticamente significativo. Pareciera que al tener un nivel de buena cohesión familiar nos favorecería en la adopción de mejores estilos de vida, pero el estudio nos muestra que, independientemente del tipo de familia a la que pertenecen nuestros pacientes el estilo de vida que tienen es distinto, en unos más favorables que otros.

En relación a esto, un estudio realizado en Japón a pacientes diabéticos ambulatorios se demostró que el nivel de cohesión familiar en sus extremos (desvinculada o amalgamada) se correlacionó con un mejor nivel de glucosa en plasma ( $p < 0,05$ ), en contraste con la sabiduría común de que el funcionamiento familiar equilibrado conduce a un buen control de la diabetes. (Takenaka, Sato, Suzuki, & Ban, 2013).

El mismo resultado obtuvimos al relacionar el tipo de familia según la adaptabilidad con el nivel de estilo de vida de nuestros pacientes diabéticos.

Los resultados obtenidos demostraron que: el 70,45% de los encuestados con diabetes mellitus tipo 2 perciben tener buena adaptabilidad familiar. Este porcentaje es mayor en aquellos que tienen adecuado estilo de vida (73,33%) frente a 69,86% que tienen estilo de vida no saludable. El 29,55% revelan no tener buena adaptabilidad familiar, y es menor en aquellos con estilo de vida saludables (26,67%).

En este estudio obtuvimos un valor de  $p=0,788$ , el chi cuadrado representa el 0,072 y el odd ratio (OR) es de 1,18. El test de Fisher muestra una  $p= 1$ . Al igual que lo que pasa con la cohesión, el tener un buen nivel de adaptabilidad familiar no se asocia con tener estilos de vida saludable, ambas variables son independiente una de la otra, esto se demuestra por tener un valor de  $p$  no estadísticamente significativo.

En un estudio realizado en Perú (Macavilca 2014), relacionan la función familiar y el estilo de vida en pacientes adolescentes, mas no en diabéticos; en éste, la mayoría refieren tener familias disfuncionales, pero estilos de vida saludables, a diferencia de nuestro estudio en donde el mayor porcentaje de los pacientes encuestados obtuvo un estilo de vida no saludable (82,95%), pero con una buena cohesión y adaptabilidad familiar (70,45%). (Macavilca, 2014).

En la comprobación de resultados no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la cohesión y adaptabilidad familiar y la adopción de estilos de vida saludable, por lo cual, rechazamos la hipótesis alterna y aceptamos la hipótesis nula.

Cabe mencionar que los estilos de vida de los pacientes diabéticos de la Concordia pueden estar siendo influenciado por otros factores como, por ejemplo: el estado emocional y psicológico o el stress propiamente producto de la enfermedad o sus complicaciones; teniendo en cuenta que, en este estudio no se tomaron como criterios de inclusión la presencia o no de complicaciones.

Otra de las causas por las cuales el estudio no resultó estadísticamente significativo pudiera haber sido por las características propias de la comunidad concordenses, en su gran mayoría son familias inmigrantes en donde la comunión familiar y la participación social son principios fundamentales; pero que a diferencia de esto, crecen con la idiosincrasia de que “en el comer está el vivir”, sin

considerar la importancia de una dieta balanceada, la actividad física o el mantenerse informado, como parte del control de su enfermedad.

Por el momento, no se han realizado otros estudios similares a este para comparar los resultados.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Conclusiones

1. No existe ninguna relación estadísticamente significativa que apoye la hipótesis de la influencia del nivel de cohesión o adaptabilidad familiar sobre la adopción de estilos de vida saludable, independientemente del tipo de familia en donde estén insertos nuestros pacientes diabéticos en la Concordia, no va a repercutir sobre tener o no un adecuado estilo de vida.
2. Tanto la cohesión como la adaptabilidad familiar se presentan en un alto porcentaje en las familias concordenses, pero esto no va de la mano con el porcentaje alcanzado al medir el estilo de vida, ya que este resultado ser más saludable en pacientes con buena adaptabilidad, pero con mala cohesión.
3. El estilo de vida que más prevalece en los encuestados es el poco favorable, considerándose como no saludable, debido a la falta de actividad física, el poco conocimiento que tienen los encuestados acerca de su enfermedad y el no saber controlar sus emociones al tener pensamientos pesimistas acerca de la misma por la falta de información.
4. Los dominios de tabaco y alcohol de la encuesta IMEVID, fueron los que resultaron favorables en mayor porcentaje, debido a que la mayoría de los

pacientes que acuden al centro de salud por una consulta médica y a quienes se les realizó la encuesta son del sexo femenino y por lo general no tienen hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y alcohol.

## 6.2. Recomendaciones

1. La adopción de estilos de vida saludable ya sea con una adecuada dieta, ejercicios, evitación de hábitos tóxicos como alcohol y tabaco, adherencia terapéutica adecuada, entre otros; son objetivos importantes, tanto para la prevención de la diabetes, como para el control de la misma. Por lo tanto, es necesario conocer la existencia de apoyo familiar, los vínculos emocionales entre ellos y la capacidad del paciente y la familia de cambiar su estructura de poder y sus roles cuando enfrentan alguna situación de stress situacional.
2. Fomentar la participación familiar en el cuidado del paciente, así como el acompañamiento de estos a la consulta médica para tener mayor seguridad del cumplimiento de las indicaciones médicas.
3. Mantener un control médico adecuado y continuo; y durante estos brindar una explicación clara sobre su o sus enfermedades, su curso natural y posibles complicaciones.
4. Fortalecer programas de educación sobre enfermedades crónicas que cuenten con un equipo multidisciplinario que incluya al médico de atención primaria, nutricionistas, enfermeras, así como expertos en diabetes y en ejercicio.
5. Integrar a la familia en las actividades como: charlas, deporte, manualidades junto con el paciente para sobrellevar la enfermedad.

6. Proporcionar información sobre la dieta, el ejercicio, y los cambios necesarios en el estilo de vida a cada paciente diabético adaptado a las necesidades y conocimientos individuales.
7. Se debe insistir en cada cita médica sobre los beneficios a corto y largo plazo de la adherencia a las recomendaciones de dieta, ejercicio y cambios en el estilo de vida.
8. Realizar estudios más amplios y profundos que nos permitan conocer la medida en que la alteración de la dinámica o funcionamiento familiar va a determinar la presencia de complicaciones de sus enfermedades, o la falta de adquisición de estilos de vida saludable, ya que el resultado negativo de estos puede acarrear mayores problemas en su salud.

### **6.3. Limitaciones del estudio**

1. Dificultad para localizar al total de los pacientes destinados al estudio, y de estos, algunos que no quisieron por voluntad propia participar.
2. El escenario donde se realizó la encuesta fue en la consulta del centro de salud la Concordia, que se reconoce no fue el lugar más adecuado debido a la falta de condiciones apropiadas para su desarrollo (privacidad, espacio físico, tiempo) lo que pudo influir de manera negativa al paciente y a su acompañante.
3. Aproximadamente el 90% de las encuestas no fueron auto administradas por lo que podría generar una información sesgada, ya que el paciente no contó con la privacidad necesaria para desarrollar la encuesta
4. Falta de otros estudios similares a este para la comprobación de resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcaíno Díaz, D., & et al. (2014). Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: Influencia de los factores familiares. *Gerokomos*, 25(1), 9–12. <http://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100003>
- Arreola, S. O., & Gómez, T. S. (2009). Impacto del apoyo familiar en la adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 17(1-3), 10–13.
- Association, A. D. (2016). Standards of Medical Care in Diabetes 2016. *The Journal of Clinical Applied Research and Education*, 39 Supplem(January), S1–S112.
- Baird, M. (n.d.). Importancia de trabajar con familias - Capitulo V. *IntraMed - Libros Virtuales*, 1–8. Retrieved from [www.intramed.net](http://www.intramed.net)
- C. Setacci, G de Donato, F. Setacci, E. C. (2009). Diabetic patients: Epidemiology and global impact. *The Journal of Cardiovascular Surgery*, (1), 25–41.
- Castillo, J. ., & Barrios, P. (2004). Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Revista Medica IMSS*, 42(5), 379–385.
- César, P., & Martínez, C. (2014). Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, 1 – 14. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i27.15996>

- Concha Toro, M. Rodriguez Garcés, C. (2010a). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*, 19(1), 41–50.
- Concha Toro, M. Rodriguez Garcés, C. (2010b). FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DIABETICOS E HIPERTENSOS COMPENSADOS y DESCOMPENSADOS. Family Functionality in Diabetic and Hypertensive Patients coMPENsatED aND DEscoMPENsatED. *Artículo*, 19(1), 41–50.
- Córdoba, R., Camalleres, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J., & López, A. (2014). Actualización PAPPS 2014. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, 46, 16–23. Retrieved from [http://www.papps.es/upload/file/PAPPS\\_2014.pdf](http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf)
- Delamater, A. M. (2006). Improving Patient Adherence. *CLINICAL DIABETES*, 24(2), 71–77. <http://doi.org/10.2337/diaclin.24.2.71>
- Dr. Anselmo Herrera Avila, & Familiar, M. (2016). La Familia Unidad de Análisis, 1–11.
- Dr. Del Pozo Barrezueta Hugo Enrique. Registro Oficial - Órgano del Gobierno del Ecuador (2014).
- Espeland, M. A., Glick, H. A., Bertoni, A., Brancati, F. L., Bray, G. A., Clark, J. M., ... Zhang, P. (2014). Impact of an Intensive Lifestyle Intervention on Use and Cost of Medical Services Among Overweight and Obese Adults With

- Type 2 Diabetes: The Action for Health in Diabetes. *Diabetes Care*, 37(9), 2548–2556. <http://doi.org/10.2337/dc14-0093>
- Etu-Seppala, L. (2003). DEHKO: Finlandia avanza en prevención primaria. *Diabetes Voice*, 48, 53–55.
- Feinman. (2015). Restricción de hidratos de carbono como primera estrategia en la diabetes.
- Figueroa M, et al. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Medica de Mexico*, 150, 29–34.
- Figueroa-Suárez M.E., Cruz-Toledo J.N. (2014). Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DiabetIMSS. *Gaceta Medica de Mexico*, 150, 29–34.
- Freire, W., Belmont, P., Gómez, L., Mendieta, M., Monge, R., Piñeiros, P., ... Silva-Jaramillo, K. (2014). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.*
- George Bakris, M., Lawrence Blonde, MD, F., Andrew J.M. Boulton, M., Mary de Groot, P., Eddie L. Greene, M., Robert Henry, M., ... Tien Yin Wong, MBBS, FRCSE, FRANZCO MPH, P. (2015). January Supplement Combined\_Final Diabeets Care. *The Journal of CLinical and Applied Research and Education*,

38(January), 99. <http://doi.org/10.2337/dc15-S005>

Grant, R. W., Devita, N. G., Singer, D. E., & Meigs, J. B. (2003). Polypharmacy and Medication Adherence in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26(5), 1408–1412. <http://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1408>

Guariguata, L., Whiting, D. R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., & Shaw, J. E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(2), 137–149. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2013.11.002>

Howard, A., Arnsten, J., & Gourevitch, M. (2004). Efecto del Consumo de Alcohol sobre la Diabetes Mellitus : Reseña Sistemática. *Clinica Medica*, 3(140), 211–219.

Jácome Gavilanez Nathaly Michelle. (2014). *Adherencia al cambio de estilo de vida, dieta, ejercicio y sus factores obstaculizadores o favorecedores en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la consulta externa del Hospital General “Dr. Enrique Garcéz.”*

Lopez, P. (2016). Estilo de vida. Retrieved from

[Http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo\\_de\\_vida.html](Http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html)

López-carmona, J. M., Rodríguez-Moctezuma, J. R., & Martínez-Bermúdez M.; Ariza-Andraca C.R. (2004). Estilo de vida y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 . Validación por constructo del IMEVID. *Atención*

*Primaria*, 33(1), 20–7.

Macavilca, J. C. (2014). *FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTILOS DE VIDA EN EL ADOLESCENTE EN LA I.E. JUAN DE ESPINOSA MEDRANO 7082, SAN JUAN DE MIRAFLORES*.

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi Castillo, I., & Sanz Vázquez, M. (2011). Validez estructural del FACES-20Esp : Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 1(29), 147–165.

Martinez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galindez, E., & Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): Development of a Spanish version of 20 items. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–338. Retrieved from <Go to ISI>://WOS:000237372300007

Méndez, D., Gómez, V., Garcia, M., Perez, J., & Navarrete, A. (2004). Disfunción familiar y control de pacientes diabéticos tipo 2. *Revista Medica Del IMSS*, 42(4), 1–5.

Miech, R., Kim, J., McConnell, M., & Hamman, R. (2016). A Growing Disparity in Diabetes-Related Mortality. *HHS Public Access*, 150(2), 137–143.  
<http://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.1086>.Feasibility

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Consejo integral en*

- estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS.*
- MSP-Ecuador. (2015). *Protocolo para la detección oportuna y manejo inicial del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.*
- Ochoa, J. M. M. (2015). *Cohesion y Adaptabilidad familiar como factor predictivo en pacientes diabeticos controlados contra no controlados del grupo DIABETIMSS de la UFM#1.*
- Olufemi O., Olantunde Odusan, et al. (2014). La actividad física entre los diabeticos tipo 2 adultos nigerianos. *Annals of African Medicine*, 13(4), 189–194.
- Pan, X. R., Li, G. W., Hu, Y. H., Wang, J. P. X., Yang, W. Y., An, Z. X., ...
- Howard, B. V. (1997). Effects of Diet and Exercise in Preventing NIDDM in People with Impaired Glucose Tolerance. *Diabetes Care*, 20(4), 537–544.  
<http://doi.org/10.2337/diacare.20.4.537>
- Quirantes A, Lopez L, Curbelo V, Montano J, machado P, Q. A. (2000). La Calidad De La Vida Del Paciente Diabético. *Revista Cubana Med Gen Integral*, 16(1), 50–56.
- Ramírez Ordóñez, M. M., Carvajalino, M. A., Coronado Cote, M. D. P., Gómez Mora, C. A., Mayorga Ayala, L. D., & Medina Ospino, R. (2011). Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia Y*

*Cuidado*, 8(1), 21–28. Retrieved from

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3853505&info=resumen&idoma=ENG>

Rene Urquidez Romero, Julian Esparza Romero, M. E. V. (2014). Interacción entre genética y estilo de vida en el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2: El estudio en los Indios PIMA. *Biotecnia, Revista de Ciencias Biológicas Y de La Salud*, XVII, Núme, 40–46.

Riha, J., Karabarinde, A., Ssenyomo, G., Allender, S., Asiki, G., Kamali, A., ... Seeley, J. (2014). Urbanicity and lifestyle risk factors for cardiometabolic diseases in rural Uganda: a cross-sectional study. *PLoS Medicine*, 11(7), e1001683. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001683>

Robinson, A. (2014). *A Few Moments of Lifestyle Advice*, 2014.

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III : ¿ Modelo de dos o tres factores ? *Escritos de Psicología, Universidad de Málaga; Málaga-España*, 3(numero 2), 30–36.

Takenaka, H., Sato, J., Suzuki, T., & Ban, N. (2013). Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(1), 13. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-7-13>

US Dept of Health and Human Services and NIH/NIDDK. (2008). *Diabetes*

Prevention Program ( DPP ), 6 pages. Retrieved from

[http://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp/Documents/DPP\\_508.pdf](http://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp/Documents/DPP_508.pdf)

## ANEXOS

### Anexo 1

#### Formulario de Consentimiento informado

##### **LISETTE VIRGINIA LUJANO REZABALA**

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en el Centro de Salud La Concordia y que se les invita a participar en la investigación *“Cohesión y Adaptabilidad familiar y su influencia en la adopción de estilos de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud La Concordia durante el periodo 01 de agosto a 31 de octubre 2016”*

Dra. Lisette V. Lujano Rezabala  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador  
Centro de Salud La Concordia

#### **PARTE I: Información**

##### **Introducción**

Yo soy Lisette Lujano Rezabala, estudiante de la Universidad Católica del Ecuador. Estoy investigando sobre la Diabetes Mellitus y su relación con los estilos de vida saludables y funcionalidad familiar. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme con confianza.

##### **Propósito**

La Diabetes mellitus es una enfermedad muy común en nuestro medio y que ocasiona muchas complicaciones, pero que también se relaciona con muchos factores de riesgo que pueden ser agravantes. En esta ocasión me gustaría averiguar si el vínculo emocional de la familia y la capacidad que esta tiene para cambiar su estructura tienen alguna influencia en la adopción de estilos de vida saludable en los pacientes diabéticos tipo 2 que se hacen atender en este centro de salud.

##### **Tipo de Intervención de Investigación**

Esta investigación incluirá únicamente el llenado de 2 encuestas durante su visita al centro de salud.

##### **Selección de participantes**

Estoy invitando a todos los adultos, mayores de 40 años con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 desde hace más de 5 años que tengan como único tratamiento hipoglucemiantes orales (solo pastillas) y que son atendidos en el centro de salud La Concordia durante el periodo del 01 de agosto al 31 de octubre de 2016.

**Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, se le seguirá brindando todos los servicios que recibe en este centro de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

**Procedimientos y Protocolo**

Le pediremos que llene 2 encuestas previamente elaboradas, ya sea durante la consulta médica o en el tiempo que espera en la sala.

**Duración**

La investigación durará 3 meses en total (de agosto a octubre de 2016). El llenado de las 2 encuestas se realizará durante ese tiempo, se pueden llenar las 2 encuestas en la misma consulta, pero en caso de no contar con el tiempo suficiente para su llenado, se le pide que acuda a una nueva visita en el transcurso de esos 3 meses.

**Beneficios**

Si usted participa en esta investigación, tendrá los siguientes beneficios: cualquier enfermedad en el intervalo será tratada sin costo. Si algún familiar se enferma durante este período, recibirá tratamiento sin costo. Puede que no halla beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

**Incentivos**

Por su participación en esta investigación no obtendrá ningún incentivo material o monetario.

**Confidencialidad**

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que, si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su código. No será compartida ni entregada a nadie.

**Compartiendo los Resultados**

Una vez finalizada la investigación, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

**Derecho a negarse o retirarse**

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en este centro de salud. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en este centro. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en este centro de salud no será afectado en ninguna manera.

**A Quién Contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con:

Dra. Lisette Lujano Rezabala Teléfono: 0981492326. e-mail: [villylujanor@hotmail.com](mailto:villylujanor@hotmail.com)

**PARTE II: Formulario de Consentimiento**

He sido invitado a participar en la investigación “*Cohesión y Adaptabilidad familiar y su influencia en la adopción de estilos de vida saludable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al centro de salud La Concordia durante el periodo 01 de agosto a 31 de octubre 2016*”

He sido informado sobre los objetivos de dicha investigación, la misma que consistirá en la administración de una encuesta. Se me ha proporcionado el nombre del investigador usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante que consiste en una encuesta que no afectará a mi salud y por la cual no se me recompensará monetariamente investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Día/mes/año

Si es analfabeto, un testigo seleccionado por el participante que sepa leer y escribir firmará en este caso. Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el participante ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo \_\_\_\_\_ Huella dactilar del participante

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_ (iniciales del investigador/asistente)

## Anexo 2

### CUESTIONARIO IMEVID<sup>3</sup>

#### Instructivo

Este es un cuestionario diseñado para conocer el estilo de vida de las personas con diabetes tipo 2. Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que usted considere que refleje mejor su estilo de vida en los últimos tres meses. Elija 1(una) sola opción encerrando en un círculo el cuadro que contenga la respuesta elegida.

Le suplicamos responder todas las preguntas

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Edad \_\_\_\_ años

Estado civil: S  UL  C  V  D  Escolaridad: A  P  Se  Su

N.-	PREGUNTA	4	2	0	VALOR
1	¿Con que frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2	¿Con que frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3	¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o mas	
4	¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o mas	
5	¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6	¿Agrega sal a sus alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7	¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8	¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9	¿Cuándo termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10	¿Con que frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11	¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12	¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13	¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o mas	
15	¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16	¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o mas	
17	¿A cuántas pláticas para persona con diabetes ha asistido?	4 o mas	1 a 3	Ninguna	
18	¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19	¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20	¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21	¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22	¿Hace su máximo esfuerzo para mantener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23	¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24	¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25	¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
<b>TOTAL</b>					

Tomado de: Juan Manuel López-Carmona; 2003

<sup>3</sup> Instrumento para medir el estilo de vida en los diabéticos

### Anexo 3

#### ESCALA FACES III DE OLSON

No. 

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Edad \_\_\_\_ añosLugar de residencia: Urbana  Rural 

N.	DESCRIBA SU FAMILIA FUNCION	NUNCA 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos					
12	En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
13	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente					
14	En nuestra familia las reglas cambian					
15	Con facilidad podemos planear actividades en familia					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones					
18	En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quién hace las labores del hogar					
<b>TOTAL, PARA COHESION (IMPARES)</b>						
<b>TOTAL, PARA ADAPTABILIDAD (PARES)</b>						

Tomado de: Schmidt, Vanina; Barreyro, Juan Pablo; Maglio, Ana Laura (2010)

## Anexo 4

Tabla 3

*Operacionalización de variables*

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO O FUENTE DE VERIFICACIÓN
Variable independiente:  Adaptabilidad	Es la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo.	Familia Rígida	Respuestas a la escala de evaluación FACES III	1: Nunca. 2: Casi nunca 3: Algunas veces 4: Casi siempre 5: Siempre	Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia Estructurada	Respuestas a la escala de Evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia Flexible	Respuestas a la escala de evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia caótica	Respuestas a la escala de evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
Variable independiente:  Cohesión familiar	Es el vínculo emocional entre los miembros de una familia, es una estructura de negociación para la solución de conflictos	Familia desvinculada	Respuestas a la escala de Evaluación FACES III	1: Nunca. 2: Casi nunca 3: Algunas veces 4: Casi siempre 5: Siempre	Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia separada	Respuestas a la escala de Evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia conectada	Respuestas a la escala de Evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III
		Familia amalgamada	Respuestas a la escala de Evaluación FACES III		Bajo Moderado Alto	Ordinal	Encuesta FACES III

Variable dependiente:  Estilos de vida saludables	Conjunto de actividades que la persona, realiza diariamente o con frecuencia; para mantener la salud.	Actividad física:	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Alimentación	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Información sobre diabetes	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Consumo de alcohol	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Consumo de tabaco	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Emociones	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID
		Adherencia terapéutica	Respuestas a encuesta IMEVID	Desfavorable Poco favorable Favorable para estilo de vida saludable	1 a 59 puntos 60 a 79 80 y más Puntos	Ordinal	Encuesta IMEVID

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO O FUENTE DE VERIFICACIÓN
Otras variables: Socio-demográfica	Son las características sociales de una población: estructura (edad, sexo, población activa, renta, educación, etc.).	Edad criterio: según años de nacido	Identificación que hace la persona de su edad	40-50 años, 51-60 años >60 años	Años cumplidos Porcentaje	continua (cuantitativa)	Encuesta IMEVID o FACES III
		Sexo Criterio: según sexo biológico.	Identificación que hace la persona de su sexo	Masculino Femenino	Número y porcentaje	Nominal	Encuesta IMEVID o FACES III
		Estado Civil Criterio: en cuanto a vínculos personales	Identificación que hace la persona su situación legal respecto a tener pareja.	Soltero Casado Separado (sin pareja) Viudo Divorciado Unión Libre	Número y porcentaje	Nominal	Encuesta IMEVID o FACES III
		Escolaridad (De acuerdo al logro educativo)	Identificación que hace la persona de su nivel de educación alcanzado respecto al sistema educativo.	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Número y porcentaje	Ordinal	Encuesta IMEVID o FACES III
		Lugar geográfico donde se vive	Identificación que hace la persona respecto al lugar donde vive.	Urbano Rural Urbano-marginal	Número y porcentaje	Nominal	Encuesta IMEVID o FACES III