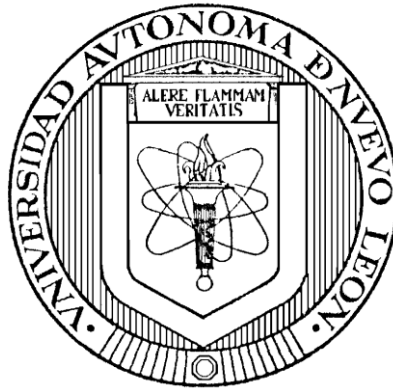


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

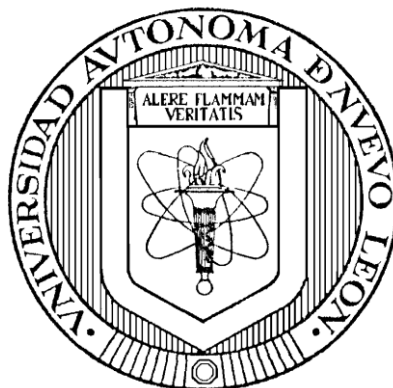
Por:

LIC. INGRID JAZMÍN TREVIÑO VÁZQUEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Diciembre, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

Por:

LIC. INGRID JAZMÍN TREVIÑO VÁZQUEZ

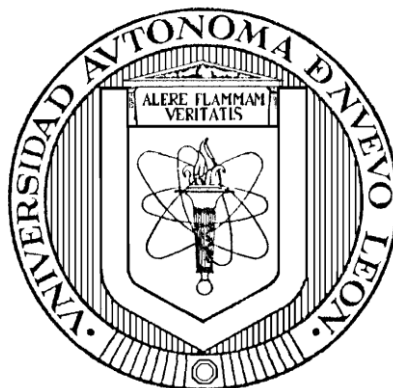
Director de Tesis:

ESTHER CARLOTA GALLEGOS CABRIALES, PhD

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Diciembre, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

Por:

LIC. INGRID JAZMÍN TREVIÑO VÁZQUEZ

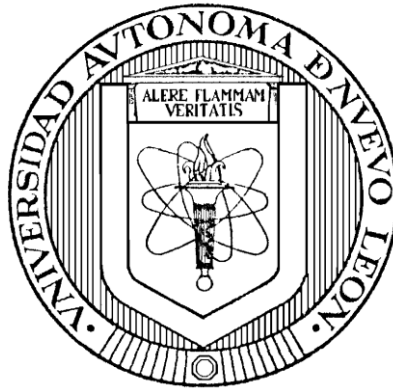
Co -Director de Tesis:

RICARDO MARTÍN CERDA FLORES, PhD.

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Diciembre, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

Por:

LIC. INGRID JAZMÍN TREVIÑO VÁZQUEZ

Asesor Estadístico:

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Diciembre, 2012

INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

Aprobación de Tesis

Esther Carlota Gallegos Cabriaes, PhD.
Director de Tesis

Esther Carlota Gallegos Cabriaes, PhD.
Presidente

DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Secretario

Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Facultad de Enfermería y a Subdirección de Posgrado e Investigación, por la oportunidad y apoyo durante la realización de la maestría.

A la Dra. Esther Carlota Gallegos Cabriales por guiarme en la realización de este proyecto, por su trato amable y dedicación; así como a la Dra. Mercedes Gutiérrez Valverde y la Dra. Velia Margarita Cárdenas Villarreal, por formar parte del Comité de Tesis, por sus sugerencias e interés del presente trabajo.

A la MSP. Rosa Alicia Veloz Garza y MC. María Eugenia Garza Elizondo por todo su apoyo.

Al CONACyT por la beca otorgada para la realización de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. Sara Magda Ballesteros Elizondo, encargada del Centro de Salud Nueva Morelos, así como al Dr. Justino Hernández Caballero, a la Enfermera María Cristina Martínez Meza y Juan Francisco Ramírez Delgadillo encargado del Centro de Salud los Altos, por su colaboración otorgada en la realización de este estudio.

Dedicatoria

A mis padres: Sr. José Manuel Treviño Rodríguez y la Sra. María Leticia Vázquez García, por su confianza, apoyo, comprensión y consejos que siempre me han brindado. A mis hermanos Erika Treviño y Orlando Treviño por su apoyo, ya que siempre me han alentado a seguir adelante.

A ti Gerardo Lozano Trejo que siempre me ha apoyado, comprensión y amor para seguir adelante durante seis años, que siempre que he necesitado ayuda has estado ahí para todo.

A mis amigos Tania Gabriela Jonguitud Blanco, María de Jesús Meza de León, Fanny Jazmín de la Cruz González, Flor Alejandra Rodríguez y en especial a Cassandra Álvarez Ramos que durante la realización de la maestría la conocí y hemos compartido muchas experiencias así como un gran apoyo que me ha brindado.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	3
Definición de términos	8
Estudios Relacionados	9
Objetivo general	14
Objetivos específicos	14
Capítulo II	
Metodología	15
Diseño del estudio	15
Población, muestreo y muestra	15
Criterios de inclusión	15
Criterio de exclusión	15
Mediciones e instrumentos	16
Procedimiento de recolección de información	19
Consideraciones éticas	20
Bioseguridad	21
Estrategias de análisis de resultados	22
Capítulo III	
Resultados	24
Características de la muestra	24
Datos descriptivos de las variables de estudio	25
Análisis por objetivos	27

Capítulo IV	
Discusión	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias	37
Apéndices	
A. Consentimiento informado	42
B. Cédula de identificación	44
C. Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud	45
D. Cuestionario para medir preferencias alimentarias	50
E. Listado de compras de alimentos que realiza en una semana previa para conocer la disponibilidad de alimentos	53
F. Listado de menús para la familia en una semana	55
G. Recordatorio de alimentos de 24 horas	57
H. Cuestionario del estado de salud percibido SF-12	59
I. Procedimiento de la toma de glicemia capilar	62
J. Reporte de incidente de la Facultad de Enfermería	63
K. Solicitud de estudios de marcadores hepáticos de SS	64
L. Solicitud de estudio de Anti-VIH y prueba de ELISA	65
M. Orden de priorización de preferencias por categorías de alimentos	66

Lista de figuras

Figura	Página
Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 2006)	4
Figura 2. Teoría de rango medio: Influencia de la familia en la conducta y hábitos alimentarios en personas en riesgo de diabetes tipo 2	7
Figura 3. Proporción de puntajes ponderados por tres categorías reconocidas dentro de la conducta alimentaria de los participantes	26
Figura 4. Porcentajes de influencia familiar y compras de alimentos	28

Lista de tablas

Tablas	Página
Tabla 1. Características individuales	24
Tabla 2. Relación de familiares	25
Tabla 3. Proporción de alimentos disponibles por influencia familiar y disponibilidad de alimentos según categoría	25
Tabla 4. Proporción de puntajes ponderados por tres categorías reconocidas dentro de la conducta alimentaria de los participantes	26
Tabla 5. Resumen de correlación de Spearman de las compras con la categoría alimentaria	27
Tabla 6. Puntajes de las preferencias asociado con la conducta alimentaria.	29
Tabla 7. Resumen de relación de género, estrato socio económico, edad, educación e índice SF-12 con la conducta alimentaria percibida	30
Tabla 8. Resumen de relación de género, estrato socio económico, edad, educación e índice SF-12 con la conducta alimentaria	30

RESUMEN

Ingrid Jazmín Treviño Vázquez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Diciembre, 2012

Título del proyecto de investigación: INFLUENCIA FAMILIAR EN LA
ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN RIESGO
DE DIABETES TIPO 2

Número de páginas: 67

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Autocuidado y Factores de riesgo para diabetes tipo 2

Objetivo y Método del estudio: Determinar la relación de los factores personales, la influencia familiar, disponibilidad de alimentos y preferencias del individuo con la conducta alimentaria de los adultos en riesgo de DT2. La teoría que sirvió de guía para este proyecto fue el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (2006). El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. La población la constituyeron adultos en riesgo de DT2 con antecedentes familiares. La muestra fue de 89 participantes. Los cuestionarios y las hojas de registro fueron, cédula de identificación, cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios, cuestionario para medir preferencias alimentarias, listado de compras de alimentos, listado de menús para la familia, recordatorio de alimentos de 24 horas y el cuestionario de Salud SF-12. Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva, ANOVA y el coeficiente de correlación de Spearman.

Contribución y Conclusiones: El estudio permitió identificar que la relación familiar de los participantes con el familiar con DT2, fue en primer lugar hijos con 84.3%. La conducta alimentaria se encontró con un 50.6% en la conducta y hábitos alimentarios suficientes pero no saludables. Así como los factores personales no mostraron relación con la influencia familiar ($p = .198$). Los años de educación se asociaron con la compra de frutas ($p = .001$), leguminosas ($p = .017$) y golosinas ($p = .032$). La influencia familiar asociada con la conducta alimentaria, no fue significativa ($p = .753$). Los puntajes de las preferencias mostraron que a mayor promedio de cada categoría de alimentos se acerca más a una conducta saludable y las mayores frecuencias a una conducta suficiente. Las características individuales, influencia familiar con la conducta percibida, fue significativa ($p = .009$); al comparar las características individuales, la influencia familiar con el consumo calórico el modelo global fue significativo ($p = .085$). Es importante seguir realizando estudios para ampliar la información de estas variables, así como para prevenir el desarrollo de la enfermedad mediante intervenciones enfocadas en la conducta alimentaria en las personas en riesgo de DT2.

Firma del director de tesis: _____

Capítulo I

Introducción

Los malos hábitos alimenticios conducen al sobrepeso y la obesidad (SO), condición que se sabe constituye un factor de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 (DT2) (Alberti, Zimmet & Shaw, 2007). Se ha encontrado que los principales factores de riesgo para la DT2 se encuentran el índice de masa corporal (88%), relación cintura cadera (78%), falta de consumo de vegetales en la alimentación (58%), los antecedentes familiares (54%) y la falta de actividad física (36%) (Izquierda, Baldo & Muñoz, 2010). Tanto el SO como la DT2 constituyen un problema de salud pública, debido al acelerado incremento en la población a nivel mundial (Secretaría de Salud [SS], 2010).

SO es una acumulación excesiva de grasa, de acuerdo índice de masa corporal por encima de 25 se considera sobrepeso y superior a 30 obesidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). A nivel nacional, la prevalencia de SO es más alta en mujeres (73.0%), que en hombres (69.4%) (Gutiérrez, et al. 2012). En el caso de la DT2, la prevalencia es del 14.42% con 7.31 millones de personas mayores de 20 años con DT2 (Villalpando, et al., 2010); se estima que de los adultos que padecen esta enfermedad de DT2, el 90% de los casos tiene como antecedente al SO (SS, 2010).

En el Estado de Nuevo León la prevalencia de SO en adultos mayores de 20 años guarda similitud con las cifras a nivel nacional, con 71% global, siendo, mayor en mujeres (72.5%) que en los hombres (69.1%) (Instituto Nacional de Salud Pública, [INSP], 2006).

Como se mencionó anteriormente, el SO se asocian con consumo alto de alimentos hiper calóricos, conformando conductas de alimentación no saludables. La conducta alimentaria se entiende como acciones relacionadas con los alimentos; la cual se ve influenciada por el ambiente inmediato donde se ubica socialmente, por la disponibilidad de alimentos, por los gustos personales que se han moldeado a lo largo de

su vida y por los hábitos familiares (Cabello & Zúñiga, 2007; Domínguez, Olivares & Santos, 2008).

Al prevenir la obesidad se pueden prevenir otras enfermedades que son consecuencia de este padecimiento, entre ellas la DT2. Por lo cual es importante combatir la obesidad y la DT2; la promoción de la actividad física y la promoción de la alimentación saludable son dos intervenciones que se han demostrado ser efectivas para la reducción y el control de estos padecimientos (SS, 2010).

La promoción de una alimentación saludable está centrada en la reducción de las grasas saturadas y un mayor consumo de frutas, verduras así como de fibra (Brug, Kremers, Lenthe, Ball & Crawford, 2008). Fomentar el medio ambiente de la comida casera es una forma para llevar una alimentación saludable (MacFarlane, Crawford, Ball, Savige & Worsley, 2007).

Las conductas saludables constituye el enfoque central del modelo de promoción de la salud de Pender (2006), por lo que se ha elegido este modelo por facilitar la explicación de la conducta alimentaria de individuos en riesgo de DT2 a través de variables como influencias interpersonales, situacionales y las preferencias del individuo. En función de ello, se planteó la pregunta de investigación:
¿Cómo se relacionan las influencias interpersonales, situacionales y las preferencias del individuo con la conducta alimentaria de los adultos en riesgo de DT2?

La contribución para la disciplina de enfermería de este estudio es que sirva como base para diseñar futuras estrategias en base a las necesidades nutricionales que contribuyan a impulsar una promoción de una conducta saludable y a la prevención de enfermedades en personas en riesgo de DT2 en el primer nivel de atención, tomando en cuenta a la familia y promoviendo el apoyo con la conducta alimentaria de los integrantes con diabetes, así integrando también la disponibilidad de alimentos en el hogar y las preferencias de cada individuo.

Marco Teórico Conceptual

La teoría disciplinaria que sustentó la propuesta de investigación es el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender (2006). En este capítulo se presenta la descripción del modelo, la teoría de rango medio propuesta y la revisión de literatura sobre las variables seleccionadas.

El modelo explica en forma integral cómo el individuo lleva a cabo una conducta promotora de salud. Ésta depende de factores que influyen la toma de decisiones y acciones tomadas para promover la salud y/o prevenir enfermedades. El modelo identifica factores cognitivos-conductuales que son modificados por las características y experiencias individuales. Estos factores son antecedentes a la conducta de promoción de la salud, la cual se afecta directamente por las demandas y preferencias específicas. Estos conceptos y sus relaciones se presentan en la figura 1.

Para el presente estudio se seleccionaron cinco conceptos: De la categoría características y experiencias individuales de los factores personales que son predictivos de una conducta se tomará los biológicos (edad), psicológicos (estado de salud percibido), socioculturales (educación y nivel socio económico). De los conocimientos y afectos específicos de la conducta se seleccionaron las influencias interpersonales e influencias situacionales. De la categoría de resultado conductual, las preferencias y la conducta promotora de salud (Pender, 2006). En seguida se explican cada uno de estos conceptos.

Las influencias interpersonales son descritas como los conocimientos que se tienen de la conducta, actitudes o creencias de los demás. En el modelo se menciona que las influencias interpersonales incluyen las normas, el apoyo social y la modelación, estos procesos afectan la decisión de las personas para involucrarse en conductas promotoras de salud (Pender, 2006).

Características y experiencias individuales	Conocimientos y afectos específicos de la conducta	Resultado conductual
---	--	-------------------------

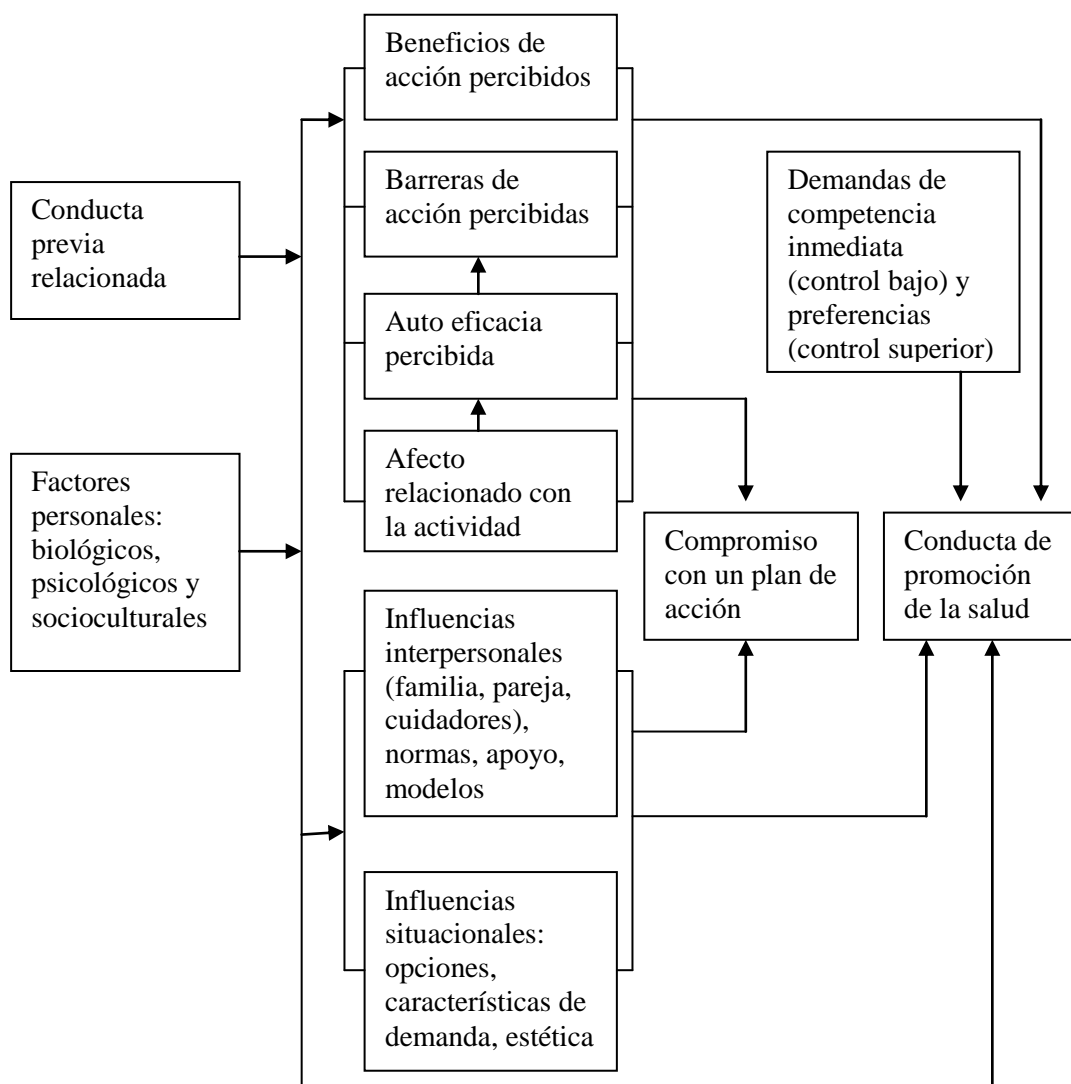


Figura 1. Modelo de Promoción de la salud (N.J.Pender, 2006).

La fuente primaria de la influencia interpersonal que se tomó del modelo para la conducta promotora de la salud es la familia. La interacción interpersonal familiar influye en el comportamiento promotor de salud tanto directa como indirectamente a través de la presión social o la persuasión, así como a comprometerse con un plan de

acción. En este sentido se observó como la familia influye en la conducta alimentaria en los individuos adultos en riesgo de diabetes tipo 2, si influye de manera favorable o desfavorable (Pender, 2006).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010) define a la familia en donde los integrantes están vinculados entre sí, hasta un grado determinado por vínculos consanguíneos, apego emocional, adopción o matrimonio (padre, hijo o hermano, etc.). La familia es de vital importancia, ya que tiene un gran impacto en la conducta alimentaria dado puede ser una conducta que puede ser modificada, puede ser útil para disminuir la obesidad y como medida preventiva para desarrollar enfermedades (Domínguez, et al., 2008). En la diabetes, la familia tiene una influencia decisiva en el control de la enfermedad para lo cual debe seguir un plan de seguimiento alimenticio adecuado (Rosland, et al., 2008). Los antecedentes familiares es un riesgo de diabetes sobre todo en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) y de segundo grado (tíos o sobrinos), en los hijos el riesgo es mayor cuando la madre es la persona con diabetes, así como si los dos padres tienen diabetes el riesgo es más de 50% (American Diabetes Association [ADA], 2012; Montemayor & Montes, 2004).

Las influencias situacionales se refieren al impacto que tiene el ambiente o la situación donde se desarrolla el individuo, las que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta promotora de salud. Las influencias situacionales en este estudio se refiere a la disponibilidad de alimentos (Pender, 2006). Dado que se ha incrementado la obesidad y la DT2, esto se debe a la fácil disponibilidad de los alimentos en nuestra sociedad como alimentos no saludables como grasas y alimentos procesados, así como la urbanización y los medios de comunicación influyen en la promoción para consumir estos alimentos con bajo contenido nutritivo (López & Carmona, 2005); además que se encuentran disponibles con un precio accesible a la población lo cual se correlaciona con un aumento de la prevalencia de la diabetes en estratos sociales bajos (Reynoso, González & Salgado, 2007).

Las preferencias son definidas como conductas alternativas que vienen a la mente de los individuos, previo a ejecutar una conducta promotora de salud haciendo que no la lleven a cabo, sino que la sustituyen por la preferencia. En el caso de la alimentación, se entiende que justamente antes de consumir el alimento recomendado (saludable), éste se cambia por otro que la persona prefiere consumir y que generalmente no es bueno para su salud amenazada por el factor de riesgo antecedentes familiares de DT2. La preferencia es la capacidad de elegir entre dos o más alimentos, y se aprende a través de la experiencia con los alimentos (Guidonet , 2007). En las preferencias de alimentos influyen diversos factores como la economía, deseo de mejorar la alimentación, tiempo, gustos, así como algún motivo de salud; en este caso las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 requieren de consumir una dieta balanceada (Araya & Atalah, 2002); con bajo contenido de grasas, azúcares refinados y una alta consumo de fibra con la finalidad de prevenir o retrasar la aparición de la DT2 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008).

Por último, la conducta promotora de salud tiene la finalidad de llevar a los individuos a un estado positivo de salud, cuando estas conductas se constituyen en estilos de vida se espera que el estado de salud se mejore en su dimensión funcional, en una mejor calidad de vida en todas las etapas por las que atraviesa un individuo (Pender, 2006). En este estudio, la conducta promotora de salud la constituyó la conducta alimentaria del adulto en riesgo de DT2. La alimentación es un factor crítico en el desarrollo de la DT2 y de la obesidad (Fung, McCullough, Van Dam & Hu, 2007); es además un aspecto fundamental del tratamiento preventivo o curativo.

Cuando se comen alimentos, el cuerpo los descompone en glucosa; la insulina es una hormona producida por las células betas del páncreas que permite a la glucosa ingrese en todas las células del cuerpo y sea transformada en energía para realizar las actividades de la vida diaria. Si las personas desarrollan DT2 puede haber déficit o resistencia a la insulina; cuando se presenta resistencia, las células se oponen a que entre

la insulina, por lo tanto la insulina no puede realizar su función. El páncreas trata de normalizar los niveles de glucosa en la sangre forzándose a producir más insulina, pero conforme avanza el tiempo la insulina y la célula vuelven a fallar, creando una resistencia; sin insulina el cuerpo no puede procesar los alimentos adecuadamente (Stephen & Maxine, 2010).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de Diabetes la proporción de macro nutrientes recomendados para mantener un peso recomendable es, menos de 30% de grasas, de hidratos de carbono de 50% a 60% y proteínas 15% (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010).

Considerando los conceptos que permitirán explicar la conducta alimentaria, se derivó la Teoría de Rango Medio: Influencia de la familia en la conducta alimentaria en personas en riesgo de diabetes tipo 2 (Figura 2).

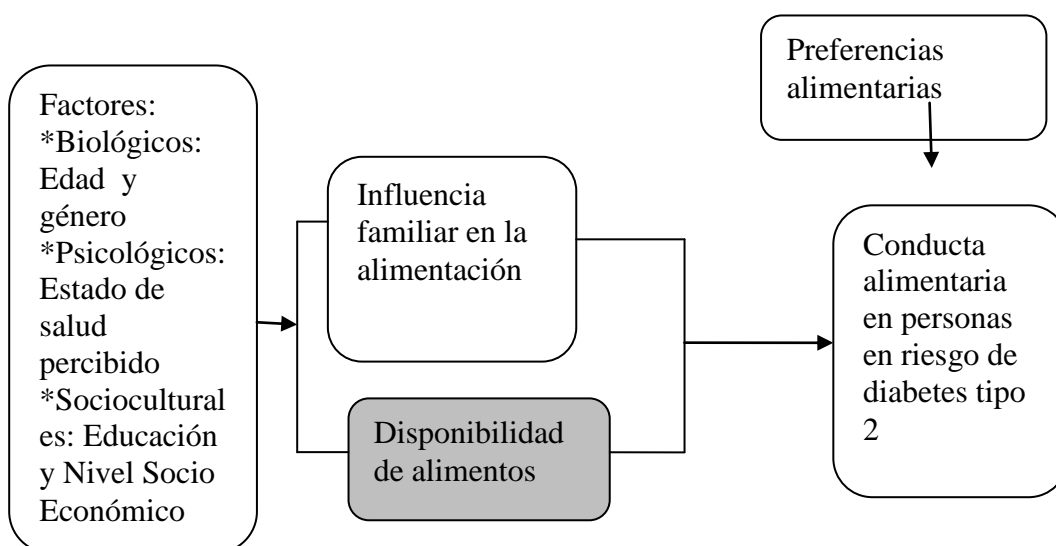


Figura 2. Teoría de Rango Medio: Influencia de la familia en la conducta alimentaria en personas en riesgo de diabetes tipo 2.

Las proposiciones teóricas que relacionan los conceptos seleccionados son las siguientes:

“Las personas se comprometen a adoptar conductas promotoras de salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta” (p.460).

“La familia es fuente importante de influencia interpersonal que pueden hacer aumentar o disminuir la probabilidad que lleven a cabo conductas promotoras de salud” (p.460).

Definición de términos

Influencia familiar en la alimentación: Efecto que produce la forma usual de alimentarse de los miembros de la familia en la conducta alimentaria del adulto en riesgo de DT2, lo que le predispone a consumir una dieta saludable o no saludable. Se midió por medio de un listado de menús para la familia en una semana.

Disponibilidad de alimentos: Opciones reales de tipo y cantidad de alimentos con que cuenta la persona en el hogar. Se midió por medio de un listado de compras de alimentos que se realizan para la familia en una semana previa a la entrevista.

Conducta alimentaria: Acción de consumir alimentos que refleja la conducta y los hábitos de alimentación del adulto en riesgo de desarrollar DT2. Cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios (Pino, Díaz & López, 2011). Y la conducta alimentaria consumida por medio del recordatorio de alimentos de 24 hrs del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2006.

Preferencias alimentarias: Inclinación reconocida por la persona por un determinado tipo de alimento(s), manifestado por un mayor gusto y satisfacción al consumirlo; le lleva a rechazar un alimento recomendado y a consumir el que es de su preferencia. Se midió mediante el cuestionario de preferencias alimentarias, en el cual se desarrollo un listado de alimentos tomando las categorías (productos lácteos, frutas, huevo, verduras, leguminosas, cereales, golosinas, bebidas, grasas y antojitos) del Cuestionario de Frecuencia de Consumo del INSP (2006), se les solicitó a los participantes que listaran los tres alimentos que más le gustara de cada categoría y las tres categorías de su preferencia.

Edad: Años cumplidos, en el momento que se solicito la participación.

Sexo: Se refiere al género, masculino o femenino.

Nivel socio económico: Este se determinó en base a los mapas de rezago, el cual se refiere a las carencias del ingreso relacionado con la vivienda, así como los inmuebles del hogar, la educación, salud y los servicios públicos de la comunidad, se obtuvo mediante la dirección completa de los participantes de acuerdo a los mapas de pobreza y rezago social, categorizándolos en estratos de rezago: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto (Martínez, Treviño y Gómez, 2009).

Educación: Años que los participantes reportaron que hayan acudido a la escuela.

Estado de salud percibido: Percepción que tienen los participantes de su estado de salud. Fue medido por el cuestionario de salud SF-12 (Ware, Kosinski & Keller, 1996).

Estudios relacionados

En este apartado se presentan los estudios relacionados según las variables de interés.

Conducta y hábitos alimentarios

López, Pérez y Monroy (2011) realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar los principales factores de riesgo (SO, índice cintura-cadera, sedentarismo, hipertensión arterial, hiperglucemia, tabaquismo) y los hábitos alimentarios en personas de 25 a 35 años, con antecedentes de DT2 y compararlos con un grupo control sin antecedentes de DT2. La muestra estuvo constituida por 100 participantes (50 con y 50 sin antecedentes de DT2). Se aplicó un recordatorio de alimentos de 24 horas, un cuestionario de frecuencia de alimentos y un cuestionario de hábitos de alimentación con tres opciones (hábitos adecuados, regulares e inadecuados).

En el grupo con antecedentes de DT2, 37 (74%) fueron mujeres y 13 (26%) hombres. En el grupo sin antecedentes, 30 (60%) fueron mujeres y 20 (40%) hombres. Los principales factores de riesgo en el grupo con antecedentes de DT2 fueron el sedentarismo (74%), y el SO fue mayor en mujeres (68% con S y 55.5% con O). La media de glucemia para ambos grupos, en las mujeres fue de $M = 95$; $DE = 19$ mg/dL y en hombres de $M = 94$; $DE = 19$, 16 participantes presentaron hiperglucemia. Y en

general los hábitos de alimentación fueron regulares, grupo con antecedentes (98%) y grupo sin antecedentes (94%). Fuera de lo recomendado se encontró que un 31% de los sujetos señaló el consumo de nueve equivalentes del grupo de azúcares al día y un 7% consumían más de 7 equivalentes del grupo de grasas y aceites diariamente.

Moreno, García, Urbina y García (2006) investigaron la relación entre niveles de glucosa en sangre y características socio demográficos (edad, sexo y ocupación), antropométricas (índice de masa corporal y relación cintura- cadera), actividad física y el patrón de consumo de alimentos (grasas, carne, dulce, leguminosas, cereales y tubérculos) en adultos en una comunidad rural de México. Los autores realizaron un estudio transversal descriptivo, participaron 161 personas de ambos sexos, mayores de 20 años, 137 (85.1%) fueron mujeres, la media de edad fue de 44.84. El índice de cintura-cadera y la edad mayor de 50 años se correlacionaron estadísticamente con valores de glucosa altos ($p < 0.01$).

El 26.2% de los participantes presentó hiperglucemia en ayunas, valores superiores a 110 mg/dL de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. En relación al consumo de alimentos según la cantidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de glucosa debido a la ingesta de carne ($X^2 = 7.97$, $p = 0.019$), leguminosas ($X^2 = 6.79$, $p = 0.033$) y dulce ($X^2 = 6.08$, $p = 0.048$), contra el consumo calificado como adecuado o bajo, pero no con relación al consumo de alimentos de grasas, cereales y tubérculos.

Cuevas, Vela y Carrada (2006) estudiaron los factores de riesgos modificables existentes en familiares de primer grado de enfermos con diabetes tipo 2 (65% del sexo femenino) en consulta ambulatoria ($n = 360$), el instrumento contenía preguntas para obtener datos demográficos, antecedentes hereditarios, sobre si la dieta era saludable y no saludable, información sobre el consumo de alcohol y tabaco, si se realizaba alguna actividad física y se tomaron datos de somatometría.

De la muestra estudiada en relación a educación el 19.1% no completo la primaria, el 28.6% tenían primaria y el 52.3% tuvieron estudios superiores a la primaria; el sedentarismo se presentó con 74.2% y el 84.4% de los familiares presentó un IMC mayor de 25, considerado como sobrepeso. La proporción de personas con perímetro abdominal de alto riesgo fue de (45.3%); y la tasa fue mayor en mujeres (59.65%) con 3.1 veces más alta que en los hombres (18.8%).

Respecto a la dieta habitual, los alimentos saludables consumidos por la mayoría de los encuestados fueron la tortilla de maíz (96.7%), el aceite de cocina (81.7%) y los frijoles (78.9%) y verduras (51.1%). Entre los alimentos riesgosos para la salud consumidos, se encontraron refrescos de cola (94.7%), carnes rojas (83%), golosinas diversas (74.7%) y papas fritas (65.8%). Se concluyó que existe una conducta de alto riesgo entre los familiares de las personas con diabetes.

En síntesis, la mayoría de los participantes fueron mujeres, encontrando que los principales factores de riesgo son el sedentarismo, índice de cintura-cadera, el sobrepeso y la obesidad para el desarrollo de la DT2 y los hábitos alimentarios se reportaron como regulares. En relación al consumo de alimentos según la cantidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de glucosa debido a la ingesta de carne, leguminosas y dulce. Además que los alimentos preferidos para consumir son la tortilla de maíz y de los alimentos riesgosos los refrescos de cola.

Preferencias

López, et al. (2007) investigaron la correlación entre las preferencias alimentarias de padres e hijos, así como determinar qué alimentos tienen mayor índice de predilección, de acuerdo con el estrato económico y el papel de los miembros dentro de la familia. El total de participantes fue de 300 niños de una escuela primaria del Estado (EPE) y 368 de una escuela privada (EPP), así como sus respectivos padres, los cuales contestaron un cuestionario sobre el consumo de alimentos acerca de ellos mismos y

otro sobre sus hijos. Los autores encontraron que las familias prefieren consumir alimentos como leche, huevo, verduras, pollo y refrescos.

Se reportó que los padres influyeron en el consumo de refresco regular ($r_m = 0.84$, $r_p = 0.81$, $r_h = 0.98$). La estructura canónica mostró que si las madres ingerían bebidas de dieta también las tomaban los niños ($r_m = 0.97$, $r_p = 0.6$, $r_h = 0.86$), así como las frutas ($r_m = 0.77$, $r_p = 0.47$, $r_h = 0.82$), verduras ($r_m = 0.92$, $r_p = 0.58$, $r_h = 0.94$), pescado ($r_m = 0.76$, $r_p = 0.63$, $r_h = 0.78$). Los papás tuvieron mayor influencia en carne ($r_m = 0.44$, $r_p = 0.50$, $r_h = 0.64$) y en antojitos mexicanos como las tortas ($r_m = 0.01$, $r_p = 0.10$, $r_h = 0.13$). Las preferencias alimentarias de los padres estuvieron moderadamente asociadas con la de los niños ($R_c = 0.25$ a 0.76).

En síntesis, dentro de la familia, las preferencias de los padres se asocian moderadamente con la de los niños y que los alimentos que prefieren consumir la familia son la leche, huevo, pollo, verduras y refrescos. A pesar de que hay influencia de los padres en los niños; esta influencia se pudiera dar en las personas en riesgo de diabetes tipo 2.

Influencia familiar y situacional

MacFarlane, Crawford, Ball, Savige y Worsley (2007) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir los aspectos del entorno de los alimentos en casa que pueden influir en la nutrición de los adolescentes y cómo estos aspectos del entorno de alimentos en el hogar varían de acuerdo a la posición socioeconómica; se realizó un estudio transversal con una muestra de 3264 adolescentes, con un rango de edad de 12 a 15 años. Se pidió información socio demográfica, frecuencia de alimentos en el ambiente de la comida en el hogar, las normas del comer y la disponibilidad de alimentos en el hogar.

Los resultados mostraron, que el 87% de los adolescentes siempre o casi siempre comieron en el hogar. El 53% considera que la cena era siempre o casi siempre un tiempo para relacionarse con la familia. Con respecto a la disponibilidad de alimentos en

el hogar, el 80% informó que las frutas y verduras siempre están disponibles en su hogar. Los refrescos con un 46% de disponibilidad, papas fritas y aperitivos salados con un 47%, tortas, donas y galletas con un 41% y chocolate, caramelos u otros con un 39%. Se concluyó que el fomento de ambientes familiares puede ser de apoyo para una alimentación saludable.

En síntesis, la literatura con muestras de poblaciones fuera de México reporta que en estudios realizados en adolescentes. En población de adolescentes, reportaron que la mayoría siempre o casi siempre comieron en el hogar y además consideraron que es un tiempo para relacionarse con la familia; la mayor proporción de participantes informó que las frutas, verduras y los refrescos siempre están disponibles en el hogar.

A partir de la literatura revisada se conoce que se han encontrado más estudios sobre la influencia familiar en la alimentación en población de niños y adolescentes, encontrando una consistencia en que la familia influye en la alimentación, sin embargo no se han encontrado suficientes estudios en adultos o en personas en riesgo de diabetes tipo 2. Cabe señalar que no se ha encontrado un estudio que aborde las cuatro variables de interés (influencia familiar en la alimentación, disponibilidad de alimentos, preferencias, conducta y hábitos alimentarios) en la población en la cual se realizó este proyecto.

Las variables en conjunto se estudiaron bajo el modelo de promoción de la salud de Pender (2006), por facilitar la explicación de la conducta alimentaria, así como la contribución científica a la disciplina con el presente estudio se da al aplicar el modelo, para determinar de las variables seleccionadas cuales fueron las que se relacionaron con la conducta y contribuir en una base para el desarrollo de intervenciones para prevenir el desarrollo de la DT2 en las personas en riesgo.

Objetivo general

Determinar la relación de género, edad, estado de salud percibido, educación, nivel socioeconómico, influencia familiar, disponibilidad de alimentos y preferencias del individuo con la conducta alimentaria de los adultos en riesgo de DT2, según las relaciones mostradas en la teoría de rango medio

Objetivos específicos

1. Determinar la relación de la edad, estado de salud percibido, educación y nivel socioeconómico con la influencia familiar en la alimentación.
2. Determinar la relación de la edad, estado de salud percibido, educación y nivel socioeconómico con la disponibilidad de alimentos.
3. Determinar la relación de la influencia familiar y disponibilidad de alimentos en la conducta alimentaria de individuos en riesgo de desarrollar DT2.
4. Estimar el efecto de las preferencias alimentarias en la conducta alimentaria de adultos en riesgo de desarrollar DT2.
5. Determinar el efecto de género, edad, estado de salud percibido, educación, nivel socioeconómico, influencia familiar en la conducta alimentaria del individuo en riesgo de desarrollar DT2.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño seleccionado para dar respuesta a los objetivos planteados, así como la población, tipo de muestreo y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos y procedimientos de recolección de información, consideraciones éticas y de bioseguridad, las estrategias de análisis propuestas.

Diseño del estudio

El diseño apropiado para el estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. Este diseño es apropiado cuando se busca describir y explicar la relación entre las variables del fenómeno de estudio (Polit & Hungler, 1999); específicamente permitió examinar la relación entre las variables, influencias interpersonales, situacionales y preferencias del individuo con la conducta alimentaria de los adultos en riesgo de DT2.

Población, muestreo y muestra

La población de interés la constituyeron personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 con antecedentes familiares. Se utilizó el muestreo por conveniencia considerando un grupo de familias conformado a partir de un miembro diagnosticado con DT2. El tamaño de muestra se determinó considerando un promedio de 3.9 miembros por familia (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010), de las cuales se seleccionaron a los mayores de 18 años. La muestra se calculó por medio del paquete estadístico nQuery Advisor obteniendo una muestra de 89 participantes, con una potencia de prueba de .90, nivel de significancia de 0.05 y un tamaño del efecto de 0.20 para una ANOVA.

Criterios de inclusión: mayores de 18 años domiciliados en el área de influencia de la institución seleccionada.

Criterio de Exclusión: personas con diagnóstico médico de diabetes tipo 2, o personas que no estén diagnosticadas pero que tengan cifras de glicemia capilar casual > 140 (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010). La toma de la glicemia se realizó

como lo indica la norma con un medidor de glucosa automatizado, indistintamente de la hora transcurrida de la última ingestión de alimentos y siguiendo el procedimiento establecido (Apéndice I).

Mediciones e instrumentos

Las mediciones correspondieron al llenado de instrumentos y hojas de reporte. Se determinó la glicemia capilar casual como criterio de exclusión. En seguida se especifican las características de los instrumentos.

Se aplicó una cédula de identificación (Apéndice B), que consta de: I) Datos de identificación: nombre, dirección, teléfono, sexo; II) Integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo: nombre, relación, género, edad y domicilio. Así como años de educación formal y glicemia capilar casual del participante.

Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria (Pino, Díaz & López, 2011) se utilizó para medir la variable conducta alimentaria percibida, este cuestionario lo contestó la persona en riesgo de DT2. Este cuestionario cuenta con 38 reactivos, las respuestas se dan en escala tipo Likert con cinco opciones y son de selección múltiple.

Los 38 reactivos se agrupan en 11 dimensiones: 1. Preocupación alimentaria (con siete ítems del 1.1 al 1.7), 2. Seguimiento de indicaciones de salud (con cinco ítems del 2.1 al 2.5), 3. Alimentación fuera de horarios (con tres ítems del 3.1 al 3.3), 4. Guías alimentarias (con cuatro ítems del 4.1 al 4.4), 5. Conductas alimentarias- sedentarias (con tres ítems del 5.1 al 5.3), 6. Alimentación deportiva (con cuatro ítems del 6.1 al 6.4), 7. Consumo de alimentos innecesarios (con dos ítems del 7.1 y 7.2), 8. Alimentos de alto consumo (con tres ítems del 8.1 al 8.3), 9. Proceso de alimentación (con tres ítems del 9.1 al 9.3), 10. Posición al alimentarse (con un ítem el 10.1) y 11. Saciedad de alimentos energéticos (con tres ítems del 11.1 al 11.3). El posible puntaje crudo oscila entre 38 y 190. Estos valores se ponderan en función de las 11 dimensiones del instrumento, las cuales se representan en porcentajes que sumarían el 100%. Los puntos

de corte sobre valores ponderados son: hasta 10.24= conductas y hábitos alimentarios deficientes; 10.25 a 12.55 = conductas y hábitos alimentarios adecuados o suficientes; y mayor a 12.55, conductas y hábitos alimentarios saludables. Los autores reportaron un Alpha de Cronbach adecuado ($\alpha = 0.792$).

Para la conducta alimentaria consumida se utilizó el recordatorio de alimentos de 24 horas (INSP, 2006), se utilizó para conocer la ingesta calórica y los alimentos que consume. Se le pidió a los participantes en riesgo de DT2 que describieran los alimentos de un día anterior que consumió durante las 24 horas los cuales se anotaron en los renglones y en las columnas se describieron las características y cantidades de los alimentos, se registró la hora, lugar, nombre de la preparación, ingredientes y cantidad consumida en el desayuno, comida, cena y entre comidas. Se mostraron ejemplos de medidas caseras para objetivizar las cantidades de los alimentos. Los datos se procesaron en el software NutriKcal®VO, se obtuvieron equivalentes de azúcar, carne, cereal, fruta, grasa, leche, leguminosas, verduras y bebidas los cuales se transformaron a respuestas categóricas para realizar las correlaciones con las demás variables, colocando uno a la presencia de la categoría y 0 a la ausencia; también se obtuvieron las kilocalorías totales y las proporciones de los macro nutrientes.

Para la disponibilidad de alimentos se usó el listado de compras de alimentos que realizó en una semana previa, se les solicitó a los participante en riesgo de DT2 que le mencionaran al encuestador que integrante de su familia compraba los alimentos en el hogar, al cual se le preguntó el mandado que compró durante los últimos siete días y se anotaron en las columnas la fecha y en la siguiente columna la compra que realizó. Para la clasificación de las compras se utilizó el Cuestionario de Frecuencia de Consumo (INSP, 2006), las compras de alimentos se clasificaron en productos lácteos, frutas, huevo, carne y carnes frías; verduras, leguminosas, cereales, golosinas, bebidas, grasas y antojitos.

Se midió la variable de preferencias mediante el cuestionario para medir

preferencias alimentarias, el cual se desarrolló siguiendo el formato (con el tipo de categorías y alimentos) del Cuestionario de Frecuencia de Consumo (INSP, 2006), pero fue adaptado de acuerdo a la variable preferencia que se midió en este proyecto, consta de 94 opciones de alimentos de los cuales se le solicitó al participante en riesgo de DT2 que anotará los tres que más le gusten o que prefiere comer de cada categoría, ordenando con números el primero, segundo y tercer lugar. Después se preguntó que categoría (productos lácteos, frutas, huevo, carne y carnes frías; verduras, leguminosas, cereales, golosinas, bebidas, grasas y antojitos) en general pondría en primero, segundo y tercer lugar.

La influencia familiar en la alimentación, se midió por medio de un listado de menús para la familia en una semana, este listado lo contestó el integrante de la familia que realiza la comida en el hogar y se le pidió que describiera la comida que preparó o comió con la familia en una semana de lunes a domingo, los alimentos se clasificaron en las categorías de productos lácteos, frutas, huevo, carne y carnes frías; verduras, leguminosas, cereales, golosinas, bebidas, grasas y antojitos.

Por último, de acuerdo a la teoría de Pender de la categoría de características y experiencias individuales el factor personal psicológico que se midió fue el estado de salud percibido de la persona en riesgo de DT2, se utilizó el Cuestionario de Salud SF-12 (Ware, Kosinski & Keller, 1996), este instrumento proporciona un perfil del estado de salud percibido. Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 que son: función Física (2), función social (1), rol físico (2), rol Emocional (2), salud mental (2), vitalidad (1), dolor corporal (1), salud general (1). Las opciones de respuesta evalúan intensidad o frecuencia y son escalas de tipo Likert. Los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un rango desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Procedimiento de recolección de la Información

Antes de iniciar la recolección de información se contó con la autorización de las comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y en la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio.

Al inicio de la recolección de información, primero se contacto a las personas con DT2 que pertenecían a los grupos de dos centros de salud del área Metropolitana de Monterrey, seleccionados por conveniencia, posteriormente se le pregunto si tenía algún familiar en riesgo de diabetes a través de la pregunta: ¿tiene algún familiar (hijo, hermano, sobrino, nieto, papá) mayor de 18 años que no tenga DT2 y que viva en el mismo hogar?, si la respuesta era afirmativa se le explico la finalidad del estudio y se acudió al domicilio para invitarlos a participar tanto a la persona en riesgo como a los que realizaban las compras y el menú familiar de la familia, si aceptaban, se procedió a la firma del consentimiento informado, la toma de la glicemia capilar (Apéndice I) y la aplicación de los cuestionarios.

Posteriormente ante la dificultad del reclutamiento también se hizo a partir de los pacientes que acudían a consulta. A los pacientes se le preguntó si tenían algún familiar directo con diabetes tipo 2, respetando en todo momento los criterios de inclusión y exclusión; se le explicó el propósito del estudio invitándole a participar, así como a las personas que realizan las compras y el menú familiar. La autorización de su participación se le pidió por medio del consentimiento informado, se midió la glicemia capilar casual y se procedió a la aplicación de los cuestionarios, los cuales se aplicaron en la institución de salud y/o en el hogar de los participantes.

Solo un participante mostró cifras > 140 mg/dL, se le explicó el motivo de por qué no era elegible para participar, dado que es un caso sospechoso de DT2, por lo cual se le recomendó que acudiera con su médico, posteriormente se le dio las gracias. Cuando hubo dificultad para extraer la gota de sangre en la realización de la punción,

solo se hicieron hasta dos punciones para la obtención de la muestra.

El orden de la aplicación de los cuestionarios y las hojas de registro fue la siguiente: Cuestionario para evaluar conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud (Apéndice C), cuestionario para medir preferencias alimentarias (Apéndice D), listado de compras de alimentos que realiza en una semana previa para conocer la disponibilidad de alimentos (Apéndice E), listado de menús para la familia en una semana (Apéndice F), recordatorio de alimentos de 24 horas (Apéndice G) y el cuestionario de Salud SF-12 (Apéndice H).

En caso de que un participante hizo cita o quedo pendiente la aplicación de los cuestionarios se insistió solo en tres ocasiones, después si no hubo respuesta se dio por participante perdido.

Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó en estricto apego a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), de acuerdo al artículo 13 del capítulo I, título segundo que menciona que se trató al participante con respeto y protegiendo su privacidad. Para ello, todos los sujetos participaron de forma voluntaria, se les explicó el objetivo del estudio, el procedimiento y se identificaron a los participantes con un código.

Respecto al artículo 14, fracciones V, VII y VII se contó con el consentimiento informado, se les explicó el objetivo del estudio y cuál era su participación. El estudio contó con la aprobación de las comisiones de Investigación, Ética y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y de la institución de salud participante.

Con relación al artículo 16, se protegió la privacidad, se les asignó un código de registro a los participantes, se solicitó el nombre y dirección pero estos datos fueron resguardados por el investigador, los datos que proporcionaron fueron confidenciales y su identidad se mantuvo en el anonimato.

En cuanto al artículo 17, fracción II capítulo I, esta investigación se consideró con riesgo mínimo ya que se realizó la aplicación de cuestionarios y la tomó de la glicemia capilar casual.

Con respecto a los artículos que se refieren a consentimiento informado se tomaron en cuenta los siguientes artículos, artículo 20 se obtuvo la autorización del sujeto y se le explicó la naturaleza de los procedimientos a los que se sometió. Artículo 21 el consentimiento contó con una explicación clara, entendible y completa, tomando en cuenta las fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII y VIII, que se refieren a la estructura del consentimiento informado como: (a) la justificación y objetivo de la investigación, (b) la descripción de los procedimientos, (c) los riesgos que se podrían presentar, (d) los beneficios, (e) la aclaración de cualquier duda o pregunta acerca del proyecto, (f) la autonomía de retirarse cuando desee, sin ningún perjuicio y (g) la confidencialidad y anonimato del participante. De acuerdo al artículo 22 el consentimiento informado se elaboró por escrito, se tomo la fracción I y de acuerdo al contenido requerido, fracción II fue revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la institución y por último se consideró la fracción III y IV, se indicaron los nombres de dos testigos con su dirección y firma, solo un participante no sabía firmar, por lo cual se imprimió su huella digital en el consentimiento.

Consideraciones de bioseguridad

Respecto al artículo 75, fracción I, se contó con el equipo y material que se utilizó para la medición de la glicemia capilar casual, antes de la utilización del glucómetro y las tirillas se verificó que estuviera en condiciones óptimas.

Con relación al artículo 79, el grado de riesgo de infección se determinó de acuerdo a los criterios del artículo, encontrándose en el grupo I: microorganismos que representan escaso riesgo para el individuo y la comunidad; los cuales deberán manejarse en laboratorios de tipo básico, empleando gabinetes de seguridad cuando sea necesario (Artículo 80).

De acuerdo a lo establecido en la NOM -087-ECOL-SSA1-2002, las lancetas que se utilizaron para tomar la gota de sangre que absorbe la tirilla reactiva, se desecharon en el recipiente rígido color rojo, mientras que las tirillas y torundas con sangre con las que se hace la asepsia, se desecharon en bolsas rojas de polietileno (SSA, 2002). En caso de algún incidente, como punccionarse con alguna lanceta contaminada en la toma de la muestra de glicemia capilar, tanto en los participantes y en quien recolecte la muestra, se informaría a la comisión de bioseguridad e la Facultad de Enfermería de la UANL y a la institución donde se llevó a cabo la recolección de información, siguiendo el protocolo establecido correspondiente (Artículo 83, Fracción V).

El protocolo establecido en la facultad de enfermería elaborado por la Jefatura de programas presenciales de pregrado, en caso de algún incidente es llenar un reporte (Apéndice J) en el cual se especifique los datos de la persona a quien se le realizó la punción y si tiene algún diagnóstico médico. En quien recolecte la muestra se verificará si cuenta con el esquema de vacunación, si presenta signos y síntomas ocasionados por el incidente, determinación de exámenes y evaluación por parte del médico, el cual determinará si se requiere de tratamiento.

El protocolo a seguir en la institución es informar a la coordinadora de enfermería, posteriormente al departamento de vigilancia epidemiológica de la institución en el cual se harán las solicitudes para realizar exámenes de sangre (Anticuerpos Anti – VIH y Marcadores hepáticos) (Apéndice K y L), se obtendrán los resultados de los análisis y se canalizará al área médica correspondiente para la valoración por parte del médico, el cual determinará si se requiere de tratamiento.

Estrategias para el análisis de resultados

Para procesar la información se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 17.0. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo para determinar las características de los participantes y de las variables del estudio, se obtuvieron frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

A través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov se determinó la normalidad de las variables. Los resultados indicaron que no existe normalidad solamente en la conducta y hábitos alimentarios.

El cuestionario de conducta y hábitos alimentarios (Pino, Díaz & López, 2011) mostró un Alpha de Cronbach de $\alpha = 0.688$ y el cuestionario del estado de salud percibido un Alpha de Cronbach de $\alpha = 0.752$.

Para dar respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos 1 y 3 se realizaron Análisis de varianza (ANOVA). Con respecto al objetivo 2 se utilizó correlación de Spearman, para el objetivo 4 se obtuvieron promedios y frecuencias y para objetivo 5 se utilizó análisis de regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio correspondientes a 89 participantes en riesgo de diabetes tipo 2. Se describe la muestra estudiada y las respuestas a los objetivos de la investigación.

Características de la muestra

La muestra final estuvo constituida por ($n = 89$) personas en riesgo de diabetes tipo 2, por tener un familiar directo con DT2. Los participantes fueron reclutados de dos centros de salud del área metropolitana de Monterrey, N.L., incorporándose al estudio los que habiendo cumplido con el criterio de glicemia capilar casual hasta 140 mg/dL, estuvieron de acuerdo en participar. El promedio de la glicemia capilar casual de los participantes fue de 99.04 ($DE = 16.17$). Del total de la muestra el 73% correspondió al sexo femenino. La edad promedio de los participantes fue de 33.45 años ($DE = 12.81$); de escolaridad de 10.06 ($DE = 3.34$). En la tabla uno se muestran las estadísticas descriptivas de las características individuales.

Tabla 1

Características individuales

Variable	\bar{X}	Mdn	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Edad	33.45	33.00	12.81	18	75
Escolaridad	10.06	10.00	3.34	0	19

Nota: Cédula de identificación

El estrato de rezago se reporto como muy bajo (14.6%), bajo (27%), medio (13.5%), alto (39.3%) y muy alto (5.6%). El estado de salud tuvo un promedio de 55.47 ($DE = 8.59$).

La relación familiar de los participantes con el familiar con DT2, fue en primer lugar hijos (84.3%). En la tabla dos se muestra esta información.

Tabla 2

Relación de familiares

Relación	<i>f</i>	%
Hijo (a)	75	84.3
Hermana	8	9.0
Mamá	1	1.1
Nieta	4	4.5
Sobrina	1	1.1
Total	89	100

Nota: Cédula de identificación

Datos descriptivos de las variables de estudio

Las variables centrales del estudio incluyeron: influencia familiar, disponibilidad de alimentos, preferencias alimentarias y conducta alimentaria. Los datos se presentan en la tabla tres.

Tabla 3

Proporción de alimentos disponibles por influencia familiar y disponibilidad de alimentos según categoría

Categoría	Influencia familiar (alimentos preparados (%))	Disponibilidad de alimentos - compras (%)	Conducta alimentaria record. de 24 horas (%)
1.Productos lácteos	19.74	100.00	47.20
2.Frutas	4.17	80.90	32.60
3.Huevo, carnes y carnes frías	35.95	100.00	97.80
4. Verduras	27.12	97.80	73.00
5. Leguminosas	23.43	92.10	51.70
6. Cereales	37.88	98.90	100.00
7. Golosinas	2.24	27.00	83.10
8. Bebidas	63.11	96.60	1.10
9. Grasas	16.05	100.00	96.60
10. Antojitos	17.49	4.50	-

Nota: LMF, LCADA, R24H

En relación a la influencia familiar el porcentaje más alto correspondió a las bebidas (63.11%) y el menor a las golosinas (2.24%). Sin embargo en la disponibilidad de alimentos los porcentajes fueron más altos, las categorías que obtuvieron el

porcentaje más elevado fueron los productos lácteos, huevo y carnes frías y las grasas (100%) y el menor la categoría de antojitos (4.5%). En la conducta alimentaria consumida los cereales mostraron el porcentaje más elevado (100%) y el menor las bebidas (1.1).

Las preferencias alimentarias se ordenaron por tres alternativas: primero, segundo y tercer lugar. En cada categoría se consideró la principal preferencia en función de la frecuencia más alta. En primer lugar se señaló la categoría, huevo, carne y carnes frías (49.4%), en el segundo lugar, verduras (24.7%); y en tercer lugar verduras (20.2%) (Ver apéndice M).

En relación a la variable de conducta alimentaria se determinó el porcentaje de tres categorías de acuerdo a puntos de corte sugeridos por el autor del instrumento. Los resultados se muestran en la tabla 4.

Tabla 4

Proporción de puntajes ponderados por tres categorías reconocidas dentro de la conducta alimentaria de los participantes

Conducta	<i>f</i>	%
Conducta y hábitos alimentarios deficientes	16	18.0
Conducta y hábitos alimentarios suficientes	45	50.6
Conducta y hábitos alimentarios saludables	28	31.5

Nota: Cuestionario de conducta y hábitos alimentarios

La conducta alimentaria se midió también por consumo de alimentos de 24 hrs. Este consumo se transformó a Kcal, encontrando en promedio un consumo de 1,725.44 (*DE* = 860.61, *Mdn* = 1513.00). De éstas Kcal, un promedio de 15.4% correspondieron a proteínas, 29.13% a lípidos e hidratos de carbono con 55.46%.

Análisis por objetivos

Para dar respuesta al objetivo uno: determinar la relación de la edad, estado de salud percibido, educación y nivel socioeconómico con la influencia familiar en la alimentación, se ajustó un ANOVA. Los resultados no fueron significativos ($p = .198$), por lo que se concluye que las variables independientes no explican la influencia familiar en la alimentación de los participantes.

En el objetivo dos, determinar la relación de la edad, estado de salud percibido, nivel socio económico con la disponibilidad de alimentos, se valoró por medio de una correlación de Spearman, asociando las variables independientes con las compras agrupadas por categoría de alimentos. Los resultados mostraron que sólo los años de educación se asociaron con tres grupos de alimentos como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 5

Resumen de correlación de Spearman de las compras con la categoría alimentaria

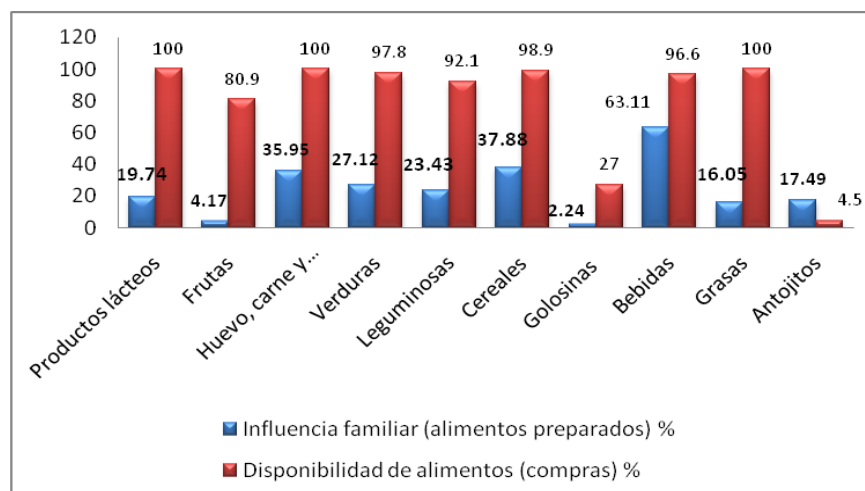
Variable	Compra frutas		Compra leguminosas		Compra golosinas	
	Rho Spearman	p	Rho Spearman	p	Rho Spearman	p
Total de años de educación	-.344	.001	.252	.017	-.228	.032

Nota: Coeficiente de correlación de Spearman, p = significancia estadística

Para dar respuesta al objetivo tres: determinar la relación de la influencia familiar y disponibilidad de alimentos con la conducta alimentaria percibida de los individuos en riesgo de desarrollar DT2, se hizo en primer lugar una revisión del comportamiento de las variables influencia familiar (menú preparado) y disponibilidad de alimentos (compras). Al respecto se encontró una discrepancia entre el tipo de alimento comprado (influencia situacional) con el reportado en el menú familiar lo que se aprecia en la figura 3.

Figura 3

Porcentajes de influencia familiar y compras de alimentos



Además como se aprecia, hay cierto grado de invariabilidad en el tipo de alimentos comprados, por lo que se decidió excluirla del modelo de prueba seleccionado para verificar el objetivo tres.

En consecuencia para dar respuesta al objetivo tres se ajustó un ANOVA, incluyendo solamente la influencia familiar asociada a la conducta alimentaria percibida. El modelo no fue significativo ($p = .753$) por lo que se concluye que no existe relación entre ambas variables.

El objetivo cuatro, estimar la asociación de las preferencias alimentarias con la conducta alimentaria, se respondió determinando la categoría de alimento señalado en primer, segundo y tercer lugar y calculando el puntaje promedio obtenido en la variable conducta alimentaria percibida. Como puede observarse en la Tabla 5, huevo, carne y carnes frías se señalaron en primer lugar de preferencia de los participantes, sin embargo el promedio más alto en la conducta alimentaria no coincide, sino que corresponde a la categoría de leguminosas. Lo mismo ocurre con el segundo y tercer lugar de las preferencias.

Tabla 6

Puntajes de las preferencias asociado con la conducta alimentaria.

	<i>f</i>	\bar{X}	Mdn	DE
Primer lugar				
Huevo, carne y carnes frías	44	11.46	11.27	1.48
Leguminosas	1	14.07	14.07	-
Segundo lugar				
Verduras	22	11.50	11.10	1.31
Leguminosas	5	12.84	12.89	.72
Tercer lugar				
Verduras	18	11.99	11.91	1.45
Productos lácteos	6	12.25	12.18	1.41

Nota: *f* = frecuencia, \bar{X} = media, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar.

Para dar respuesta al objetivo cinco, determinar el efecto de la edad, género estado de salud percibido, nivel socioeconómico, influencia familiar en la conducta alimentaria percibida y consumo calórico de 24 horas se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple. En el primer modelo, donde la variable respuesta fue la conducta alimentaria percibida, el modelo global fue significativo ($gl= 6, 82 F= 3.08, p = .009$), explicando el 12.4% de la varianza. Al revisar la contribución de las variables independientes, se encontró que solo género ($\beta= .28; t= 2.86; p = .005$) y edad ($\beta= .22; t= 2.03; p = .045$) fueron significativas al valor de *p* establecido (Ver tabla 7).

Tabla 7

Resumen de relación de género, estrato socioeconómico, edad, educación e índice SF-12 con la conducta alimentaria percibida

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	β		
(Constante)	6.91	1.50		4.60	.000
Género	.99	.34	.28	2.86	.005
Edad	.02	.01	.22	2.03	.045
Educación	.09	.04	.19	1.84	.069
Estrato de rezago	-.10	.13	-.08	-.80	.421
Índice SF-12	.03	.01	.19	1.85	.067
Influencia familiar	-.00	.01	-.05	-.55	.579

Nota: R^2 ajustada = .124

El segundo modelo incluyó el consumo calórico de 24 hrs. como variable respuesta. Se ajustó una regresión lineal múltiple. El modelo global fue significativo ($gl = 8, 82; F = 1.93; p = .085$), explicando el 6.0% de la varianza. Al revisar la contribución de las variables independientes, se encontró que solo género fue significativo ($\beta = -.292, t = -2.8, p = .006$) con la variable respuesta (Ver tabla 8).

Tabla 8

Resumen de relación de género, estrato socioeconómico, edad, educación e índice SF-12 con la conducta alimentaria del consumo calórico de 24 horas

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	Error típ.	β		
(Constante)	1868.57	869.42		2.14	.035
Género	-562.98	200.84	-.29	-2.8	.006
Edad	-6.07	7.52	-.09	-.80	.422
Educación	6.75	28.28	.02	.23	.812
Estrato de rezago	5.02	75.99	.00	.06	.947
Índice SF-12	10.44	10.78	.10	.96	.336
Influencia familiar	7.89	6.98	.12	1.13	.262

Nota: R^2 ajustada = .060

El género relacionado con la conducta alimentaria en el recordatorio de 24 horas muestra que las kilocalorías consumidas fueron más altas en los hombres ($\bar{X} = 2135.08$, $DE = 945.83$) que en las mujeres ($\bar{X} = 1574.18$, $DE = 781.50$).

De acuerdo al objetivo general: determinar la relación de género, edad, estado de salud percibido, educación, nivel socioeconómico, la influencia familiar, disponibilidad de alimentos y preferencias del individuo con la conducta alimentaria de los adultos en riesgo de DT2, según las relaciones mostradas en la teoría de rango medio, se respondió con los objetivos específicos tres, cuatro y cinco. En el cual los factores personales se asociaron con la influencia familiar y la conducta alimentaria percibida ($p = .009$) y la conducta alimentaria percibida ($p = .085$), la influencia familiar con la conducta alimentaria no se asociaron ($p = .753$) y las preferencias con la conducta alimentaria se determinaron puntajes encontrándose dentro de las categorías de conducta y hábitos alimentarios suficientes y saludables. La disponibilidad de alimentos no se excluyó del modelo por la invariabilidad que presentaba.

Capítulo IV

Discusión

La relación de la edad, estado de salud percibido, educación y nivel socioeconómico con la influencia familiar en la alimentación, no se relacionaron. Sin embargo de acuerdo a la edad la mayoría de los participantes fueron adultos jóvenes y la relación familiar de la mayoría de los participantes con las personas con diabetes fue de primer grado (hijos) obteniendo un riesgo alto de desarrollarla; de acuerdo con la ADA (2012) y Montemayor y Montes (2004) el riesgo de los participantes es más del 50% de que la enfermedad por el antecedente familiar de primer grado. El estado de salud percibido en una escala del 0 al 100 se reportó con un promedio de 55.47, lo cual se consideraría como regular, lo ideal sería que tuvieran una mejor percepción de salud ya que la muestra estudiada son adultos jóvenes, tienen una educación básica; sin embargo el mayor porcentaje de los participantes se encuentran en un estrato de rezago alto lo cual podría estar influyendo en la percepción de la salud.

La conducta alimentaria percibida en las personas en riesgo de desarrollar DT2 se dividió en tres categorías conductas y hábitos deficientes, suficientes y saludables; en este estudio la mitad de los participantes se encontró dentro de la categoría de suficientes. En lo reportado por López, Pérez y Monroy (2011) en la conducta alimentaria (adecuada, regular e inadecuada), casi el 100% de la muestra se encontró dentro de la categoría de regular; por lo cual las personas en riesgo muestran conductas alimentarias similares de acuerdo a las categorías de regulares y suficientes. Y de acuerdo a la conducta alimentaria realizada de acuerdo al recordatorio de 24 horas las proporciones de los macro nutrientes de proteínas, grasas e hidratos de carbono reportados en este estudio fueron similares a las proporciones recomendadas en la Norma Oficial Mexicana NOM- 015- SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

En relación a la edad, estado de salud percibido, educación, nivel socioeconómico con la disponibilidad de alimentos; solamente la educación se asoció con tres grupos de compras de alimentos, mostrando que entre más años de educación se relacionaba con menos compras de frutas y golosinas; y entre más años de educación se relacionaba positivamente con las compras de leguminosas. En relación a la disponibilidad de alimentos (compras) se encontró que los alimentos con mayores porcentajes en este estudio fueron productos lácteos, frutas, huevo, carne y carnes frías; verduras, leguminosas, cereales, bebidas y grasas. En el estudio de MacFarlane, Crawford, Ball, Savige y Worsley (2007) solo se estudiaron las categorías de frutas, verduras, golosinas y bebidas; los porcentajes de la categorías de frutas y verduras coinciden con este estudio; difiere en el porcentaje de bebidas ya que en este estudio se reporto con mayor porcentaje de disponibilidad; en la categoría de golosinas se encontró que las personas en riesgo de diabetes tipo 2 las consumían en un porcentaje menor y en lo reportado por MacFarlane, Crawford, Ball, Savige y Worsley (2007) se mostraron mayores porcentajes de consumo, en relación a las golosinas en las personas en riesgo podría atribuirse a que tratan de evitar tener disponibles alimentos con alto contenido de azúcar.

La relación de la influencia familiar y situacional en la conducta alimentaria percibida de los individuos en riesgo de desarrollar DT2, en los porcentajes de alimentos comprados y los porcentajes de la influencia familiar hubo invariabilidad, debido a que los participantes mencionaron comprar un alto porcentaje de la mayoría de las categorías de alimentos, a excepción de las golosinas y antojitos; sin embargo en lo reportado en la influencia familiar eran menores porcentajes de los alimentos preparados para la familia; de acuerdo a la relación de influencia familiar con la conducta alimentaria las asociaciones no fueron significativas. En influencia familiar en la alimentación, se preparan mayor cantidad de bebidas, cereales, verduras, huevo, carnes y carnes frías; concuerda con la categorías de huevo y carne, verduras y bebidas de la familia según lo

reportado por López, et al. (2007).

Respecto a las preferencias en la alimentación las categorías de alimentos que prefieren comer las personas en riesgo son el huevo, carnes y carnes frías; y verduras. Estos resultados coinciden con lo reportado con López, et al. (2007), debido a que los alimentos preferidos se encuentran el huevo, verduras, pollo; así como leche y refrescos; las preferencias de los padres estuvieron relacionadas con la de los hijos, en este estudio no se relacionaron; sin embargo las preferencias alimentarias asociadas con la conducta alimentaria mostro que los mayores puntajes de promedio y menor frecuencia se asociaban con una conducta más saludable, y las mayores frecuencias con conductas suficientes.

De acuerdo a determinar el efecto de la edad, estado de salud percibido, nivel socioeconómico, influencia familiar en la conducta alimentaria percibida del individuo en riesgo de desarrollar DT2 los resultados fueron significativos, sin embargo en el segundo modelo en la conducta alimentaria realizada mediante el recordatorio de 24 horas no mostro significancia estadística en este estudio. En la conducta alimentaria consumida realizada mediante el recordatorio de 24 hrs., los porcentajes de las categorías de cereales, grasas, huevo, carne y carnes frías, en este estudio fueron similares con Cuevas, Vela y Carrada (2006); sin embargo también concordaron los porcentajes de las frutas y verduras consumidas los cuales están presentes pero de forma regular, los cuales en las personas en riesgo es importante promover en la dieta mayor consumo de porciones de frutas, verduras y fibras según Brug, Kremers, Lenthe, Ball & Crawford (2008).

Moreno, García, Urbina y García (2006) reportaron en relación al consumo de alimentos diferencias estadísticamente significativas en los valores de glucosa de acuerdo a la ingesta elevada de carne, leguminosas y dulce; sin embargo en este estudio no se relaciono la glicemia capilar casual con ninguna categoría de alimentos; solo se reportó los valores de la glicemia capilar casual en las personas en riesgo, encontrándose

en valores normales de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM- 015- SSA2-2010. En relación a la ingesta elevada las categorías más sobresalientes fueron la carne, leguminosas y dulce; y de ingesta baja fueron los cereales, tubérculos y la grasa Moreno, García, Urbina y García (2006). En este estudio las categorías de alimentos que concuerdan a la ingesta elevada son la carne y leguminosas, sin embargo en este estudio los cereales y grasas también mostraron una ingesta elevada, lo cual difiere con Moreno, García, Urbina y García (2006), debido a que los cereales y grasas si se consumen pero en menor cantidad y las personas en riesgo reportaron un mayor consumo, sin embargo es importante en la promoción de la dieta la reducción de las grasas según Brug, Kremers, Lenthe, Ball & Crawford (2008).

Conclusiones

En general los factores personales no mostraron relación significativa con la influencia familiar.

Los factores personales con la influencia situacional (compras), solo los años de educación se asociaron con las frutas, leguminosas y golosinas.

La influencia familiar, no se relaciono y no mostró significancia estadística con la conducta alimentaria

Las asociación de las preferencias alimentarias con la conducta, se encontró que los puntajes de las preferencias mostró, que ha mayor promedio de cada categoría de alimentos se acerca más a una conducta saludable y las mayores frecuencias a una conducta suficiente.

Por último las características individuales, la influencia familiar con la conducta percibida, fue significativa, explicando un 12.4% de la varianza; al comparar las características individuales con el consumo calórico el modelo fue significativo, explicando el 6% de la varianza.

En general los resultados del estudio con la teoría de rango medio “Influencia de la familia en la conducta alimentaria en personas en riesgo de diabetes tipo 2”, confirma

la relación teórica de la edad, género, el estado de salud percibido, educación, el nivel socioeconómico, la influencia familiar con la conducta alimentaria en personas en riesgo de diabetes tipo 2.

Finalmente no se encontró ningún estudio que correlacionara todas las variables de este estudio y en la población de adultos en riesgo de diabetes tipo 2. Por lo cual es importante seguir realizando estudios para ampliar la información de estas variables, así como para prevenir el desarrollo de la enfermedad mediante intervenciones enfocadas a la conducta alimentaria.

Recomendaciones

Realizar estudios que aborden la influencia familiar en la alimentación de las personas en riesgo de DT2 en adultos, debido a que hay muy poca información, así como en población de otro nivel socioeconómico.

Referencias

- Alberti, K.G.M.M., Zimmet, P. & Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 Diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24, 451-463.
- Araya, B.M. & Atalah, S.E. (2002). Factores que determinan la selección de alimentos en familias de sectores populares. *Revista chilena de nutrición*, 29(3).
- American Diabetes Association (2012). Genetics of diabetes. Acceso el 26 de noviembre del 2012, de <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/genetics-of-diabetes.html>
- Brug, J., Kremers, S.P., Lenthe, F., Ball, K. & Crawford, D. (2008). Environmental determinants of healthy eating: in need of theory and evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67,307-316.
- Cabello, G. M.L. & Zuñiga, Z.J.G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.
- Cuevas, A. N.A., Vela, O. Y. & Carrada, B. T. (2006). Identificación de factores de riesgo en familiares de enfermos diabéticos tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (4), 313-320.
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares S. & Santos J.L. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 58(3), 249- 255.
- Fung, T.T., McCullough, M., Van Dam, R.M. & Hu, F.B. (2007). A prospective study of overall diet quality and risk type 2 diabetes in women. *Diabetes Care*, 30(7), 1753-1757.
- Guidonet, A. (2007). *La antropología de la alimentación*. (1ª ed). Editorial UOC, 62.
- Gutiérrez, et al. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado el 22 de Noviembre del 2012 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010, Recuperado el 12 de Marzo del 2012, de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=19>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por Entidad Federativa, Nuevo León. Recuperado el 12 de Marzo del 2012, de <http://www.insp.mx/ensanut/norte/NuevoLeón.pdf>
- Izquierdo, V.A., Baldo, L.X. & Muñoz, C. J.M. (2010). Riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 en una comunidad rural de Tabasco. *Salud en Tabasco*, 16(1), 861-868.
- López, et al. (2007). Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Estudio ESFUERSO. *Gaceta Médica de México*, 143 (6), 463- 468.
- López, B. M. & Carmona, A.(2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18 (1), 90-104.
- López, L.H.L., Pérez, G.R.E. & Monroy, T.R. (2011). Factores de riesgo y hábitos alimentarios en personas de 25 a 35 años, con y sin antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 12(2).
- MacFarlane, A., Crawford, D., Ball, K., Savige, G. & Worsley, A. (2007). Adolescent home food environments and socioeconomic position. *Asia Pacific Journal Of Clinical Nutrition*, 16(4), 748 - 756.
- Martínez, J. I., Treviño, C. J.A. & Gómez, M. M.V. (2009). Mapas de pobreza y rezago social. Área Metropolitana de Monterrey.
- Montemayor, O. D. M. & Montes, V. J. (2004). Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes: un problema emergente. *Medicina universitaria*, 24(6); 204 - 211.
- Moreno, A.L., García, G. J.J, Urbina, C.C. y García, T.G. (2006). Detección de hiperglucemia y factores de riesgo en habitantes de una comunidad rural. *Revista Médica del Hospital General de México, S.S.*, 69(3), 149 -154.

- Organización Mundial de la Salud (2011). Obesidad y sobrepeso Acceso el 18 de Octubre del 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. Recuperado el 3 de Diciembre del 2012, de http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1554:guia-para-la-atencion-y-la-consejeria-de-la-ninez-en-la-familia&catid=684&Itemid=361
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5ª Ed.). Pearson Prentice Hall.
- Pino, V. J.L. Díaz, H. C. & López, E. M.A. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas y hábitos alimentarios en usuarios de la atención primaria de salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 38 (1), 41 -51.
- Polit, D & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª ed) México: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Reynoso, C.R., González, J.E. & Salgado, L.M. (2007). La alimentación del mexicano y la incidencia de diabetes tipo 2. *TIP Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*, 10(1), 36-38.
- Rosland, et al. (2008). When Is Social Support Important? The Association of Family Support and Professional Support with Specific Diabetes Self- Management Behaviors. *J Gen Intern Med*, 23(12); 1992-1999.
- Secretaría de Salud (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado el 23 de Octubre del 2011, de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud en México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.

- Secretaría de Salud. (1994). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM-015-SSA2-2010). Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 15 de abril del 2012, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
- Secretaría de Salud. (2002). Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>.
- Shamah, L.T., Villalpando, H.S. & Rivera, D. J. (2006). Manual de Procedimientos para Proyectos de Nutrición. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-148.
- Stephen, J.M. & Maxine, A.P. (2010). Diagnostico clínico y tratamiento. McGrawHill
- Villalpando, et al. (2010). Prevalence and distribution of type diabetes mellitus in mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Pública de México*, 52(1), 19.-26.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). a 12 – Item Short – From Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medic Care*, 34, 220-233.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Buenos (días, tardes) Mi nombre es Ingrid Jazmín Treviño Vázquez, soy estudiante de 4to. Semestre de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL, estoy realizando un estudio de investigación titulado “Influencia familiar en la alimentación de adultos en riesgo de DT2”, que tiene como finalidad de conocer cómo influye la familia en su alimentación, así como la disponibilidad de alimentos en su hogar y los alimentos que usted prefiere comer. Por medio de la presente, queremos invitarlo a participar en este estudio ya que su colaboración es muy importante para conocer más sobre la alimentación en personas con familiares con diabetes tipo 2.

Procedimiento

En este estudio participarán personas con familiares con diabetes tipo 2. Si usted acepta participar, se le preguntarán datos de identificación, los cuales serán confidenciales. También se le realizará la medición de azúcar en la sangre por medio de un piquete en el dedo, si hay dificultad para extraer la gota de sangre en la realización de la punción, solo se harán hasta 2 punciones; además le aplicaré seis cuestionarios (con duración aproximada de 60 minutos) para conocer sobre su alimentación y la de su familia.

Riesgos

Los riesgos en este estudio son mínimos, dado que solo serán cuestionarios y el piquete en el dedo, que puede ocasionar un ligero dolor al momento del pinchazo.

Beneficios

No tendrá ningún beneficio, pero la información que proporcione puede de ser utilidad para conocer más sobre la alimentación y en un futuro realizar intervenciones que beneficien a personas con familiares con DT2.

Preguntas

Se le ha comunicado que para cualquier duda o aclaración sobre el estudio me puedo comunicar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL al teléfono 83-48-89-43 o 83-48-18-47 Ext. 111 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hrs.

Confidencialidad

Todos los datos que usted proporcione y los resultados del estudio serán confidenciales. Su identidad se mantendrá en anonimato, además se le garantiza que se respetarán sus derechos.

Participación voluntaria

Se le ha informado que su participación es voluntaria y tiene el derecho de retirarse del estudio cuando usted así lo decida, sin recibir ninguna sanción ni represalia de ningún tipo.

La Lic. Ingrid Jazmín Treviño Vázquez, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, los riesgos y beneficios de mi participación, así como que tengo la opción de no participar en cualquier momento que lo desee. Por lo anterior decido participar voluntariamente en el estudio.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firma del 1er. Testigo

Fecha

Dirección

Nombre y firma del 2o. Testigo

Fecha

Dirección

Apéndice B
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Hoja de registro de Datos

Cédula de identificación

Fecha: _____ Código: _____

I. Datos de Identificación

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____

(Calle y No.)

(Colonia)

 (Código Postal)

 (Municipio)

 (Entre que calles)

3. Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

4. Sexo: 1. Hombre _____ 2. Mujer _____

II. Integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo

Nombre	Relación	Género	Edad	Domicilio

1. Años de educación formal (del participante): _____

2. Glicemia capilar : _____

Apéndice C

Fecha: _____ Código: _____

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR CONDUCTAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS
EN USUARIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

INSTRUCCIONES: Frente a cada pregunta marque con un círculo el número de la alternativa que considere más cercana a su preferencia.

1	Preocupación alimentaria					
1.1	¿Se preocupa por la cantidad de calorías que contienen los alimentos que consume?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.2	¿Revisa las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.3	¿Lleva algún tipo de dieta natural? o ¿con medicamentos?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.4	¿Cuando intenta reducir peso ¿lo comunica a los que le rodean para que le apoyen?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.5	Si come a deshoras ¿consume alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.)?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.6	¿Los lácteos que consume son descremados?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
1.7	Consumo alimentos evitando las frituras y grasas?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
2	Seguimiento de Indicaciones de Salud					
2.1	¿Sigue las indicaciones de alimentarse en forma saludable?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)

2.2	¿Consulta con un profesional de la salud para mantenerse con buena salud?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
2.3	¿Sigue las recomendaciones que le da el o la profesional de salud?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
2.4	¿Cuántos días por semana consume comida rápida (comida chatarra)?	No come comida rápida (5)	1 ó 2 días/se m (4)	3 ó 4 día/sem (3)	5 ó 6 día/sem (2)	Todos los Días (1)
2.5	Cuántas veces al día consume golosinas o snacks (papas fritas, pan, etc.)?	No consume (5)	1 al día (4)	2 al día (3)	3 al día (2)	4 al día (1)
3	Alimentación fuera de horarios					
3.1	¿Consumo alimentos entre sus comidas?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
3.2	¿Cuando está aburrido/a ¿le da hambre?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
3.3	Cuando tiene ansiedad o tiene bajo el ánimo ¿suele comer a deshoras?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
4	Guías Alimentarias					
4.1	Cuántas veces a la semana consume legumbres (Ejemplos: Frijoles, habas, lentejas, chicharos, garbanzos)?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 o más (5)
4.2	¿Cuántas porciones de verdura consume al día?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 o más (5)
4.3	¿Cuántas frutas consume al día?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 o más (5)
4.4	¿Cuántas veces a la semana consume pescado?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 o más (5)
5	Conductas alimentarias-sedentarias					
5.1	¿Cuántas horas al día pasa	No pasa	Menos	Entre 1 a 3	Entre 4 a	Entre 7 a

	sentado/a, realizando alguna actividad?	Sentado (5)	de 1 Hora (4)	Horas (3)	6 Horas (2)	9 Horas (1)
5.2	¿A la hora de comer, se sirve raciones pequeñas?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
5.3	¿Come solamente cuando tiene hambre?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
6	Alimentación Deportiva					
6.1	¿Cada cuánto realiza actividad física (ejercicio) por semana?	No realiza act. Física (5)	1 ó 2 días/se m (4)	3 ó 4 día/sem (3)	5 ó 6 día/sem (2)	Todos los Días (1)
6.2	¿Cuántos vasos de agua consume al día?	No consume (5)	1 a 2 vasos (4)	3 a 4 vasos (3)	5 a 6 vasos (2)	7 ó más (1)
6.3	¿Camina diariamente al menos 30 minutos?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
6.4	¿Come carnes grasosas?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
7	Consumo alimentos innecesarios					
7.1	Mientras come ¿ve la televisión o lee?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
7.2	Consume refrescos durante la semana?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
8	Alimentos de alto consumo					
8.1	¿Cuántas veces a la semana consume carne de cerdo, rojas, pollo o pescado?	No consume (5)	1 vez (4)	2 veces (3)	3 veces (2)	4 ó más (1)
8.2	¿Cuántas veces al día consume productos lácteos?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 ó más (5)
8.3	¿Cuánto pan consume al	No	1 pan	2 panes	3 panes	4 ó más

	día?	consume (5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9	Proceso de Alimentación					
9.1	Realiza las 3 comidas recomendadas al día (desayuno, comida, cena)?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
9.2	¿Se sienta a comer con mucha hambre?	Nunca (5)	Casi Nunca (4)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (2)	Siempre (1)
9.3	¿Come despacio, en un tiempo razonable?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
10	Posición al Alimentarse					
10.1	¿Come sentado/a?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
11	Saciedad alimentos energéticos					
11.1	¿Deja de comer cuando está lleno (a)?	Nunca (1)	Casi Nunca (2)	Con Alguna Frecuencia (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
11.2	¿Cuántas veces a la semana consume cereales?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 veces (5)
11.3	¿Cuántas veces a la semana consume pastas?	No consume (1)	1 vez (2)	2 veces (3)	3 veces (4)	4 veces (5)

Ponderación de las dimensiones.

DIMENSIÓN	ETIQUETA	Nº	PONDERACIÓN		
1	Preocupación alimentaria	7	\sum * 18,42%		
2	Seguimiento de Indicaciones de Salud	5	\sum * 13,16%		
3	Alimentación fuera de horarios	3	\sum * 7,89%		
4	Guías Alimentarias	4	\sum * 10,53%		
5	Conductas alimentarias-sedentarias	3	\sum * 7,89%		
6	Alimentación deportiva	4	\sum * 10,53%		
7	Consumo alimentos innecesarios	2	\sum * 5,26%		
8	Alimentos de alto consumo	3	\sum * 7,89%		
9	Proceso de alimentación	3	\sum * 7,89%		
10	Posición al alimentarse	1	\sum * 2,63%		
11	Saciedad alimentos energéticos	3	\sum * 7,89%		
TOTAL		38	\sum de las 11 dimensiones		
Media \pm s 11,52 \pm 1,78	Shapiro-Wilk		<P25	P25 – P75	>P75
	estad	gl			
	0,994	399	0,091	10,24ptos	10,25 – 12,55ptos
Mín = 7,24 Máx = 16,87	CLASIFICACIÓN:		conducta y hábitos alimentarios Deficiente	Conducta y hábitos alimentarios Suficientes	Conducta y hábitos alimentarios Saludables

Apéndice D
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Cuestionario para medir preferencias alimentarias

Fecha: _____ Código: _____

Instrucciones: A continuación le pediré que lea o le leeré la siguiente lista de alimentos, por favor dígame los tres que más le gustan o prefiere comer. Señáleme ahora el que pondría en primer lugar de sus preferencias con número 1, el que le sigue con número 2 y el siguiente en sus preferencias con el número 3 (marcar con X los que no señaló para no confundirse).

I.PRODUCTOS LÁCTEOS Leche _____ Queso _____ Yogur _____ Nieve _____ Otro (especificar) _____	VI. CEREALES Tortilla de maíz _____ Tortilla de harina _____ Pan blanco o integral de caja _____ Bolillo o telera _____ Pan dulce _____ Arroz _____ _____ Sopa de pasta _____ Avena _____ Cereal _____
II. FRUTAS Plátano _____ Naranja _____ Jugo de naranja o toronja _____ Melón _____ Manzana _____ Sandía _____ Piña _____ Papaya _____ Mango _____ Mandarina _____ Fresas _____ Durazno _____ Uvas _____ Tuna _____ Ciruela _____ Mamey _____ Zapote _____	VII. GOLOSINAS Pastel _____ Miel, mermelada, cajeta _____ Chocolate en polvo _____ Chocolate en barra _____ Frituras _____
III.HUEVO Huevo _____ CARNES Pollo _____	VIII. BEBIDAS Refresco de cola _____ Refresco de sabor _____ Refresco dietético _____

Carne de res	_____	Agua de sabor	_____
Carne de cerdo	_____	Café	_____
Atún	_____	Atole	_____
Chicharrón	_____	Cerveza	_____
Hígado	_____	Vino de mesa	_____
Pescado	_____	Ron, brandy o tequila	_____
Sardinas en jitomate	_____		
Mariscos	_____		
Carnitas	_____		
Barbacoa	_____		
Pizza	_____		
Hamburguesa	_____		
CARNES FRÍAS			
Salchicha	_____		
Tocino	_____		
Chorizo	_____		
Jamón	_____		
IV. VERDURAS		IX. GRASAS	
Jitomate	_____	Aceite	_____
Papa o camote	_____	Margarina	_____
Zanahoria	_____	Mantequilla	_____
Lechuga	_____	Crema	_____
Espinacas	_____	Mayonesa	_____
Calabacitas	_____	Manteca vegeta	_____
Nopales	_____	Manteca animal	_____
Aguacate	_____		
Flor de calabaza	_____		
Coliflor	_____		
Ejotes	_____		
Chiles	_____		
Elote	_____		
V. LEGUMINOSAS		X. ANTOJITOS	
Frijoles	_____	Taco al pastor	_____
Chicharos	_____	Sope o quesadilla	_____
Habas	_____	Pozole	_____
Lentejas	_____	Tamal	_____
		Menudo	_____
		Flautas	_____
		Enchiladas	_____

A continuación le leeré las categorías de alimentos. Señáleme que categoría pondría en primer lugar de sus preferencias con número 1, la que le sigue con número 2 y la siguiente con el número 3 (marcar con X los que no señaló para no confundirse).

Categoría	Orden de priorización
Productos lácteos	
Frutas	
Huevo, carnes y carnes frías	
Cereales	
Golosinas	
Bebidas	
Verduras	
Leguminosas	
Grasas	
Antojitos	

LA COMPRA ES LA QUE SE CLASIFICA

TIPO DE ALIMENTO	SI	NO
PRODUCTOS LÁCTEOS		
FRUTAS		
HUEVO, CARNES Y CARNES FRÍAS		
VERDURAS		
LEGUMINOSAS		
CEREALES		
GOLOSINAS		
BEBIDAS		
GRASAS		
ANTOJITOS		

Apéndice F
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Listado de menús para la familia en una semana

Instrucción: A continuación le pediré que me describa la comida que preparo para la familia en una semana de lunes a domingo

¿Puede mencionarme qué alimentos preparó para su familia a partir de __ (dependiendo del día de la entrevista señala, día y fecha)

Fecha: _____ Código: _____

	Desayuno	Refrigerio	Comida	Refrigerio	Cena
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					

Viernes					
Sábado					
Domingo					

LAS ANOTACIONES DEBERÁN ESCRIBIRLAS CON LETRA DE MOLDE E IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE LEVANTÓ LA ENCUESTA.

Apéndice G
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Recordatorio de alimentos de 24 horas

Fecha: _____ Código: _____

Instrucción: Le voy a pedir me de algunos datos sobre el alimento que consumió usted el día de ayer en el desayuno, comida, cena y si tomó algo entre las comidas.

Desayuno

Hora	Lugar	Nombre de la comida	Ingredientes	Cantidad consumida	Dicho alimento ¿lo consumió toda la familia o lo consumió sólo?

Refrigerio matutino

Hora	Lugar	Nombre de la comida	Ingredientes	Cantidad consumida	Dicho alimento ¿lo consumió toda la familia o lo consumió sólo?

Comida

Hora	Lugar	Nombre de la comida	Ingredientes	Cantidad consumida	Dicho alimento ¿lo consumió toda la familia o lo consumió sólo?

Refrigerio vespertino

Hora	Lugar	Nombre de la comida	Ingredientes	Cantidad consumida	Dicho alimento ¿lo consumió toda la familia o lo consumió sólo?

Cena

Hora	Lugar	Nombre de la comida	Ingredientes	Cantidad consumida	Dicho alimento ¿lo consumió toda la familia o lo consumió sólo?

Apéndice H
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Cuestionario del estado de salud percibido SF-12

Fecha: _____ Código: _____

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Yo le voy a leer cada pregunta y las opciones para que usted me indique lo que usted considera es su caso.

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente _____
- 2 Muy buena _____
- 3 Buena _____
- 4 Regular _____
- 5 Mala _____

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o béisbol o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho _____
- 2 Sí, me limita un poco _____
- 3 No, me limita nada _____

3. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho _____
- 2 Sí, me limita un poco _____
- 3 No, me limita nada _____

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas

4. Durante el último mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Si _____
- 2 No _____

5. Durante el último mes, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Si _____
- 2 No _____

6. Durante el último mes, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1 Si ____

2 No ____

7. Durante el último mes, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1 Si ____

2 No ____

8. Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada ____

2 Poco ____

3 Más o menos ____

4 Mucho ____

5 Demasiado ____

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante el último mes en cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted.

9. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre ____

2 Casi siempre ____

3 Muchas veces ____

4 Algunas veces ____

5 Sólo una vez ____

6 Nunca ____

10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre ____

2 Casi siempre ____

3 Muchas veces ____

4 Algunas veces ____

5 Sólo una vez ____

6 Nunca ____

11. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo se ha sentido desanimado y triste?

1 Siempre ____

2 Casi siempre ____

3 Muchas veces ____

4 Algunas veces ____

5 Sólo una vez ____

6 Nunca _____

12 Durante el último mes, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los familiares o a los amigos)?

1 Siempre _____

2 Casi siempre _____

3 Algunas veces _____

4 Sólo una vez _____

5 Nunca _____

Apéndice I

Procedimiento de la toma de glicemia capilar

Material

- Glucómetro
- Lanceta
- Dispositivo de punción
- Tira reactiva
- Torundas de algodón con alcohol
- Recipiente rígido color rojo
- Bolsa roja
- Guantes de látex

Procedimiento

1. Explique el procedimiento al participante
2. Colóquese los guantes.
3. Con las torundas alcoholadas limpie la parte lateral del dedo que se va a puncionar, de preferencia puncione el dedo de la mano que menos use el participante.
4. Muestre al participante que el equipo que va a utilizar está limpio, que las lancetas y tiras reactivas están nuevas.
5. En el dispositivo de punción coloque la lanceta.
6. Saque la tira reactiva y colóquela en el glucómetro.
7. Estimule el flujo sanguíneo haciendo un suave masaje en la zona de punción.
8. Puncione en la parte lateral externa del dedo, obtenga una gota de sangre y no apriete más de lo necesario.
9. Coloque la gota en el área de medición de la tira reactiva hasta que detecte la presencia de la muestra y retire el dedo.
10. Proporciónele al participante una torunda al para que haga presión en el área de punción.
11. Espere el resultado de la glicemia capilar y anótelos en la cédula de identificación.
12. Deseche la lanceta en el recipiente rígido de color rojo, las tiras reactivas y las torundas con sangre deséchelas en la bolsa roja.



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA / JEFATURA DE PROGRAMAS DE PREGRADO

Apéndice J
REPORTE DE INCIDENTE

Institución de clase clínica

_____ Servicio _____ Turno _____

Nombre del paciente

_____ Edad _____ Registro _____

Dx Médico del paciente _____

Nombre del

alumno _____ Edad _____ Sexo _____

Matrícula _____ Semestre _____ Grupo _____ Fecha _____

Descripción del incidente _____

Prevención

Esquema de vacunación

Completa _____ Incompleta _____

Fuente de infección, contagio o contaminación

_____ Signos y síntomas ocasionados por el incidente

Medidas correctivas realizadas en los estudiantes Ej. Asepsia del área afectada, profilaxis, entre otras: _____

Vigilancia

Evaluación de la sensibilidad por parte del Epidemiólogo

Determinación de exámenes ej. Marcadores virales y prueba de Elisa

Registro de resultados

Control

Solicitar lista de estudiantes para determinar si conocer las medidas preventivas.

Revisar si las medidas preventivas realizadas por los estudiantes son adecuadas.

Promoción de la mejora en el registro y notificación de casos de incidencia.

Actualización constante de los procedimientos.

Capacitación en servicio a los estudiantes.

Verificación de apego a las normas establecidas en los procedimientos.

*Nota Importante: Este documento deberá ser entregado en forma inmediata y no más de 72.

_____ Firma del Alumno

_____ Firma del Instructor Clínico

_____ Firma de Epidemiología

Apéndice K



SECRETARÍA DE SALUD EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN
 ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
 LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
 Ave. Serafín Peña No. 2211 Col. Valles de la Silla. Guadalupe, N.L. C.P.
 67180
 Teléfono: (81)83602770, 83-61-44-11, 83613956. Fax (81) 83613955



SOLICITUD DE ESTUDIO DE MARCADORES HEPATICOS	
NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD Y SEXO _____	
DIRECCIÓN _____ MUNICIPIO _____ EDO. _____	
OCUPACIÓN _____ SITUACIÓN DEL PACIENTE _____	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO _____	
INFORMACIÓN DE LA MUESTRA	
ESTUDIO SOLICITADO HEPATITIS "A" _____ HEPATITIS "C" HEPATITIS "B" _____	
TIPO DE MUESTRA _____	FECHA DE TOMA _____ FECHA DE ENVÍO _____
RESULTADOS DE ESTUDIO DE _____ FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO _____	
INFORMACIÓN CLÍNICA (1=SI, 2= NO, 9= SE IGNORA)	
FECHA DE INICIO _____ ASINTÓMATICO (INDIQUE RAZÓN DEL ESTUDIO) _____	
FIEBRE _____	DIARREA _____ OTROS _____
CEFALEA _____	FATIGA _____
MIALGIAS _____	PRURITO _____
ARTRALGIAS _____	ESTETORREA _____
DOLOR ABDOMINAL _____	
DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE	RECEPCIÓN DEL L.E.S.P.
INSTITUCIÓN _____	
MÉDICO SOLICITANTE _____	
TELÉFONO _____	
FAX _____	

Apéndice L



SERVICIOS DE SALUD DE NUEVO LEÓN
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE
VIH/SIDA
SOLICITUD DE ESTUDIO



Solicitud de estudio

Nombre del paciente _____	Edad _____	Sexo _____
Embarazo(Si)(No) # _____	Semanas _____	Fecha de toma _____
Unidad del solicitantes _____	Jurisdicción _____	
Solicita estudio _____	Realizó toma _____	
Nombre completo _____		Nombre completo _____

Reporte de resultado

Anticuerpos ANTI-VIH 1 y 2 por el Método de Elisa	
Resultado _____	Fecha de reporte _____
Químico responsable _____	Firma _____
Cédula profesional _____	

Apéndice M

Orden de priorización de preferencias por categorías de los alimentos

Primer lugar de priorización de las categorías de alimentos

Categoría	<i>f</i>	%
Productos lácteos	8	9.0
Frutas	16	18.0
Huevo, carnes y carnes frías	44	49.4
Verduras	5	5.6
Leguminosas	1	1.1
Cereales	9	10.1
Bebidas	1	1.1
Antojitos	5	5.6
Total	89	100

Nota: Cuestionario de preferencias alimentarias

Segundo lugar de priorización de las categorías de alimentos

Categoría	<i>f</i>	%
Productos lácteos	7	7.9
Frutas	10	11.2
Huevo, carnes y carnes frías	16	18.0
Verduras	22	24.7
Leguminosas	5	5.6
Cereales	11	12.4
Golosinas	2	2.2
Bebidas	10	11.2
Antojitos	6	6.7
Total	89	100

Nota: Cuestionario de preferencias alimentarias

Tercer lugar de priorización de las categorías de alimentos

Categoría	<i>f</i>	%
Productos lácteos	6	6.7
Frutas	16	18.0
Huevo, carnes y carnes frías	11	12.4
Verduras	18	20.2
Leguminosas	8	9.0
Cereales	10	11.2
Golosinas	2	2.2
Bebidas	10	11.2
Grasas	1	1.1
Antojitos	7	7.9
Total	89	100

Nota: Cuestionario de preferencias alimentarias

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Ingrid Jazmín Treviño Vázquez

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis: INFLUENCIA FAMILIAR EN LA ALIMENTACIÓN DE ADULTOS EN
RIESGO DE DIABETES TIPO 2.**

LGAC: Autocuidado y Factores de riesgo para diabetes tipo 2

Autobiografía

Datos personales: nacida en San Pedro Garza, García, Nuevo León. Hija del Sr. José Manuel Treviño Rodríguez y de la Sra. María Leticia Vázquez García.

Preparación académica. Estudios de bachillerato en la preparatoria No. 1 de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 2003- 2005.

Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, 2006 -2009.

Miembro de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau desde marzo del 2012.

Becario CONACYT para estudios de posgrado.

Experiencia profesional: enfermera particular durante un año, 2010 – 2011.

e-mail: ingrid_chubis@hotmail.com