

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**APOYO FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS
EXTERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.
NUEVO CHIMBOTE. 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

TESISTAS:

- Bach. ANDRADE MEDINA, Cinthia Amelia
- Bach. SÁNCHEZ MEJÍA, Nancy Beatriz

ASESORA:

- Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



REVISADO y V° B° de:

Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel.

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



JURADO EVALUADOR

Ms. RODRIGUEZ BARRETO, Yolanda.

PRESIDENTA

Ms. MELGAREJO VALVERDE, Esperanza.

SECRETARIA

Dra. MORGAN ZAVALA, Ysabel.

INTEGRANTE

DEDICATORIA

A Dios, padre todopoderoso por guiar mi camino, por darme fuerzas para llegar a mis objetivos, porque me enseñó a madurar y darme la fuerza de cumplir todas mis metas trazadas.

A mis padres AMELIA y DEMETRIO, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Son mi motivación, mi ejemplo de lucha constante por ser mejor persona y profesional.

A mis Hermanas, JESSICA, VANESSA Y ROMY quienes con su aliento y constante apoyo me impulsan a seguir adelante.

Cinthia

DEDICATORIA

A Dios, padre todopoderoso por haberme dado una madre maravillosa y darme la fortaleza para afrontar los obstáculos que se presentan en mi vida y demostrarme que con esfuerzo y perseverancia puedo cumplir mis objetivos.

A mis hermanos FABIAN y RUDY, por su cariño y apoyo incondicional, por motivarme a seguir luchando para cumplir mis objetivos. Son mi orgullo, mi adoración, motor y la razón de mi vida. Gracias por cuidar de mí siempre.

A mi madre JUANITA, por su amor, dedicación y motivación para lograr mis sueños. Por ser mi más grande ejemplo de valentía y lucha constante. Eres y serás siempre lo que más amo en la vida, soy lo que soy hoy en día solo por ti.

A mis amigas: CYNTHIA, SUMIKO y por estar conmigo en los momentos más difíciles. Son parte de mi familia hoy y siempre. Gracias por su cariño y preocupación.

Nancy

AGRADECIMIENTO

A nuestra prestigiosa alma mater Universidad Nacional del Santa, que nos albergó durante nuestra formación profesional, en cuyas aulas quedan el recuerdo del sacrificio, empeño y deseo de superación, y en donde día a día experimentamos y afianzamos nuevos conocimientos y nos formamos para ser buenas ciudadanas.

A la escuela de Enfermería y su plana docente, por su apoyo incondicional, sus conocimientos, enseñanzas, experiencias y dedicación durante nuestra formación profesional.

A los profesionales de salud y a los adultos atendidos en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón que formaron parte del presente trabajo de investigación, quienes colaboraron y facilitaron el desarrollo y ejecución del mismo.

En especial a nuestra asesora Dra. Ysabel Morgan Zavaleta, por su gran apoyo y sus valiosos aportes que fueron fundamentales para el desarrollo de la presente investigación.

Cinthia y Nancy

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO	25
III. METODOLOGÍA	42
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1. RESULTADOS	51
4.2. DISCUSIÓN	57
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	64
5.2. RECOMENDACIONES	65
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
VII. ANEXOS	78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	51
TABLA N° 02 AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	53
TABLA N° 03 APOYO FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	55

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA N° 01	
APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	52
FIGURA N° 02	
AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	54
FIGURA N° 03	
APOYO FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.	56

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo, con el objetivo general de conocer la relación del Apoyo Familiar y el Autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

La población de estudio estuvo conformada por 80 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Para la recolección de datos se utilizó el Test de Apoyo familiar y el Test de Nivel de autocuidado del adulto con Diabetes Tipo 2, las conclusiones a las que se llegó fueron:

- Se obtuvo que el 46,3% de los adultos presentaron un nivel de auto cuidado Bueno, 43.8% Regular y el 9.9% Deficiente.
- Se obtuvo que el 55.0% de los adultos presentaron un alto apoyo familiar, 37.50% Regular y el 7.50% bajo.
- Si existe una relación significativa entre el apoyo familiar y el autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 ($p=0.01$)

PALABRAS CLAVE: Apoyo Familiar; Autocuidado; Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The present research is a descriptive study, with the overall objective to know the relationship of Family Support and Self Care of patients with Type 2 Diabetes Mellitus Outpatients treated at the Hospital Eleazar Guzman Barron. Nuevo Chimbote, 2015.

The study population consisted of 80 adult patients with type 2 diabetes mellitus treated at Hospital Outpatients of Eleazar Guzman Barron. Family Support Test Level Test and self-care adult with Type 2 diabetes used to collect data, the conclusions were reached:

- It was found that 46.3% of adults had a good level of self care, 43.8% and 9.9% Regular Deficient.
- It was found that 55.0% of adults had a high family support, 37.50% and 7.50% Regular low.
- If there is a significant relationship between family support and self-care in adults with Type 2 Diabetes Mellitus ($p = 0.01$)

KEYWORDS: Family Support; Self-care; Mellitus diabetes.

I. INTRODUCCIÓN

El incremento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, constituye un problema de salud pública mundial. Entre estas enfermedades la Diabetes Mellitus tipo 2 constituye una de las principales causas de invalidez y mortalidad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Por ello centra su atención tanto en la prevención de su aparición como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico (1).

En el mundo, para el 2014, la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), estimó en 382 millones el número de adultos con diabetes, 46% de ellos no diagnosticados y casi la mitad con edades comprendidas entre los 40 y 59 años. 80% (184 millones) de estas, viven en países con bajos y medianos ingresos. Para el 2035 la cifra calculada y proyectada será de 592 millones. En América, en el 2013, habían unos 59 millones de casos estimados de diabetes: 24 millones en América Central y Sur y 35 millones en Norte América y El Caribe. Para el 2035 se estima que la prevalencia de diabetes en la región de América Central y Sur crecerá en un 60% (2).

La Diabetes Mellitus tipo 2 representa el 95% o más del total de casos en el mundo. Suele producirse con más frecuencia en personas de mediana edad o ancianas, pero está presentándose cada vez más en niños, adolescentes y jóvenes adultos con sobrepeso; especialmente en edad productiva. Se puede prevenir o retrasar notablemente mediante intervenciones sencillas y económicamente eficientes (2).

En el 2011 la Asociación Latinoamericana de Diabetes reportó que existen alrededor de 15 millones de personas con Diabetes Mellitus en Latinoamérica y ésta cifra llegará a 20 millones en 10 años, mucho más de lo esperado por el simple incremento poblacional (3).

En Latinoamérica la Diabetes Mellitus tipo 2 se diagnostica tarde (alrededor de un 30 a 50% de las personas desconocen su problema por meses o años, en zonas rurales esto ocurre casi en el 100%). La mayoría de las causas de hospitalización de la persona diabética se pueden prevenir con una buena educación y un adecuado programa de reconocimiento temprano de las complicaciones (4).

La organización Panamericana de la salud (OPS), estima que alrededor de 62.8 millones de personas en las Américas padecen Diabetes Mellitus. Si la tendencia actual continúa, se espera que este número aumente a 91,1 millones para 2030. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (5).

En el Perú la Diabetes Mellitus afecta a casi 2 millones de personas y es la décima quinta causa de mortalidad el 8% de adultos de la costa la padecen; mientras que en la sierra varía entre 1.2 - 1.4%. Esta enfermedad, es causada principalmente por los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance que han influenciado en los hábitos de consumo, ambientes laborales y psíquicos (6).

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2013 las personas atendidas fueron 152 049, de todos estos casos más de la mitad (52%) fue por

Diabetes Mellitus tipo 2, siendo los departamentos con mayor casos de atenciones: Lima (65 116), Callao (15 262), La Libertad (10 316), Piura (6 782) y Lambayeque (6 360) y los lugares con menos casos de atenciones Moquegua (508), Huancavelica (657), Pasco (693), Apurímac (791) y Madre de Dios (1051), estas cifras reflejan un aumento al compararlas con el número de pacientes tratados en el año 2012 el cual fue de 128 255 personas; sin embargo estas cifras no revelan al 100% la situación epidemiológica en el Perú, pues existen casos no tratados (7) (8).

En Ancash, según datos del MINSA en el año 2013 los casos atendidos de Diabetes Mellitus fueron 3592, de los cuales la mayoría (1786) se encuentran en el grupo etáreo de 30 a 59 años, seguidos por el grupo etáreo de 60 a más años con 1648 casos, el grupo etáreo de 18 a 29 años tuvo 100 casos atendidos, el grupo etáreo de 0 a 11 años tuvo 36 casos atendidos y el grupo etáreo de 12 a 17 años tuvo 22 casos atendidos. En el año 2012 el MINSA reportó 2862 casos de Diabetes Mellitus atendidos, al comparar las cifras se puede observar una tendencia que va en aumento (8).

En la Red Pacífico Sur en el año 2013 se atendieron 289 personas con Diabetes Mellitus de los cuales la mayor población (154 personas) se encuentra en el grupo etáreo de 30 a 59 años. Y en el mismo año la Red Pacífico Norte reportó la atención de 865 personas con Diabetes Mellitus, de los cuales la mayor población (437 personas) se encuentra en el grupo etáreo de 30 a 59 años (9).

Se estima que hoy en día existen más de 143 millones de individuos con Diabetes Mellitus tipo 2, y muchos de ellos aún no lo saben. Esto se debe, a que un número creciente de personas en el mundo no ha tomado conciencia sobre la enfermedad, aunado a otros factores complejos e interrelacionados como los

cambios socioeconómicos y la industrialización de los países en vía de desarrollo. De no controlarse adecuadamente, puede ocasionar una alta morbimortalidad que se asocia directamente con complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares), renales (nefropatía diabética, insuficiencia renal), neurológicas (neuropatía diabética), visuales (retinopatía diabética), entre otras, donde las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de padecer ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de miembros inferiores (5).

Diversos estudios reportan que los pacientes con Diabetes Mellitus no sólo son físicamente afectados sino que también desarrollan una variedad de problemas emocionales a medida que la enfermedad progresa a un estado de cronicidad, lo cual conlleva al deterioro del bienestar de los sujetos que la padecen (10).

Aunque la Diabetes Mellitus tipo 2 no es curable, se aplican métodos para mantener los niveles de glucosa en sangre lo más cercano a lo normal, es importante mencionar que para que esto se logre, el individuo que la padece debe lograr un adecuado autocuidado, para prevenir complicaciones, acción que mejora el control de la enfermedad retrasando la aparición de limitaciones físicas (11).

La familia organiza una serie de estrategias que le permiten enfrentar la enfermedad e influir sobre su evolución y desenlace; las relaciones entre los integrantes juegan un papel importante en las conductas de apoyo familiar. De hecho los individuos que sufren Diabetes Mellitus tipo 2, mencionan que uno de los obstáculos para cumplir con el tratamiento es la falta de apoyo familiar (5).

El apoyo educativo debe estar enfocado en el paciente diabético y la familia, el cual tiene que ser de manera permanente y estar al alcance de todos los servicios

de salud, por medio de programas educativos sobre la enfermedad que permitan la incorporación y aceptación de su padecimiento para lograr un aumento de las habilidades y destrezas de autocuidado, así mismo mejorar su estilo y calidad de vida (12).

La educación de enfermería en el autocuidado del paciente Diabético, en la actualidad, es una prioridad mundial que alcanza, con más o menos éxito a todos los países. El paciente diabético tiene derecho a obtener una serie de conocimientos sobre la enfermedad, el autocuidado que debe incluir adoptar un nuevo estilo de vida y sobre todo cambio de actitud para enfrentar todo lo que conlleva dicha enfermedad dirigido por el equipo multidisciplinario de la institución donde es atendida la necesidad que presenta.

Por lo tanto, en cuanto el diabético sabe su diagnóstico se debe iniciar la educación sobre el autocuidado: basado en el autoanálisis de niveles de glucosa en sangre y orina, cuidado de los pies, higiene, tratamiento dietético y farmacológico (13).

Se encontraron estudios relacionados con alguna de las variables del presente trabajo en el ámbito internacional los cuales reportan:

En México, Cuervo, G (2008), quien estudio el efecto de los factores familiares y estilo de vida en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 obtuvo como resultado que el apoyo familiar tiene un efecto significativo en el estilo de vida de los pacientes, es decir a mayor apoyo familiar, mejor es el estilo de vida dentro de los incluye las prácticas de autocuidado (14).

En México, Alonso, M; Carmona, M y García, S (2010), realizaron un estudio en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, determinaron la relación entre la influencia familiar y medidas de autocuidado (estilo de vida, ejercicio y nutrición). Al aplicar la correlación de Pearson concluyeron que existe una relación significativa entre la influencia familiar y las medidas de autocuidado ($r=.24$, $p = .08$) (15).

En Colombia, Rodríguez, C y Guerrero, J (2011), en su investigación el Apoyo Familiar y el cumplimiento del Tratamiento de Diabetes Mellitus concluyeron que el adulto que padece diabetes mellitus demanda el apoyo familiar a través de mecanismos de adaptación del sistema familiar. Dicha adaptación favorece eventualmente las medidas terapéuticas que implican modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las situaciones estresantes (16).

En Guatemala, Hernández, D (2012), en su estudio titulado conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán”, concluyó: que un 92% de los pacientes diabéticos demuestran deficiencia en las prácticas de autocuidado que la enfermedad requiere para contribuir a mantener una mejor calidad de vida, a través de un estilo de vida saludable (12).

En Ecuador, Arteaga, O y Cortez, L (2013), en su investigación “Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador”; observaron que el 57% de personas encuestadas, realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad (17).

En el ámbito nacional, se reportan los siguientes estudios:

En Lima, Huamán, E (2009), en su estudio Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan su cumplimiento, en el Programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo; quien concluyó que las medidas de autocuidado son realizadas por la mayoría de los pacientes diabéticos con respecto a la alimentación (18).

En Lima, Chávez, S (2011), en el estudio Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, obteniendo como resultados: que el 35.2% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presento un nivel de vida regular, mientras que un 30,3% presento un nivel malo. En segundo lugar, el 34.9% evidencio un nivel de apoyo familiar bueno mientras que en el 22,5% fue excelente. Finalmente, el 51,3% mostró un nivel de calidad de vida bueno según el nivel de apoyo familiar, llegando a la conclusión que el apoyo familiar influye positivamente en la calidad del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (19).

En Trujillo, Méndez, C y Montero, F (2012), en el trabajo de investigación: “Autocuidado y su relación con el Apoyo Familiar percibido por Adultos Diabéticos. Hospital Belén de Trujillo”, encontraron que un porcentaje de (54.9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje (38.5%) presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de (6.6%) nivel de autocuidado malo (20).

En Trujillo, Alfaro, V y Mendoza, L (2013), en su estudio “Nivel de información sobre Diabetes Mellitus y Nivel de Autocuidado en pacientes Adultos del Programa de Control del Hospital I Es Salud – Chepén”, observaron que de 44 pacientes con

diabetes mellitus el 86.4% presentó buen nivel de autocuidado y el 13.6% regular nivel de autocuidado (21).

En el ámbito local, se reportan los siguientes estudios:

En Nuevo Chimbote, Rosas, I y Colab. (2004), en su informe de investigación titulado “Prácticas de Autocuidado y su relación con Factores Biosociales en personas adultas que presentan Diabetes Mellitus, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote, 2003”, obtuvo como resultado que la mayoría (48.40%) de las personas presentaron regular prácticas de autocuidado. Finalmente refiere que el grado de instrucción no tiene significancia estadística con las prácticas de autocuidado; pero la edad si tiene significancia estadística con las prácticas de autocuidado (22).

En Nuevo Chimbote, Marín, R y Reyes, E (2005), en su estudio: “Nivel de Autocuidado y su relación con la presencia de Complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, Hospital Eleazar Guzmán Barrón”, concluyeron: El nivel de autocuidado según dimensión régimen dietético y cumplimiento con el tratamiento guardaron relación altamente significativa con la presencia de complicaciones en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 ($p>0,05$). Sin embargo la dimensión higiene y cuidado de la piel, boca y pies constituye un riesgos elevado ($OR=2,6$) para la presencia de complicaciones en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 (23).

En Chimbote, López, J y De La Cruz, E (2008), en su estudio titulado: “Nivel de Autocuidado y los Factores Personales y Socioeconómicos del usuario con Diabetes Mellitus tipo 2, del Consultorio Externo de Endocrinología Hospital “La Caleta”, reportó que el 58,1% presentaron un nivel de autocuidado inadecuado, es decir 6 de cada 10 usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen un inadecuado nivel de

autocuidado y el 59,3% presenta grado de instrucción incompleto concluyendo que existe una relación estadística significativa entre el nivel de Autocuidado y algunos factores personales, como la familia. (24).

En Nuevo Chimbote, la Oficina de Estadística del Hospital Eleazar Guzmán Barrón (2012), existe 117 casos de Diabetes Mellitus (E10-E14) siendo un 1.5%, divididos entre el sexo masculino (36) y sexo femenino (81) casos respectivamente, constituyendo como los principales grupos de causas de morbilidad registrada en hospitalización siendo el más prevalente en el sexo femenino (25).

El Hospital Eleazar Guzmán Barrón, ubicado en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa; es una institución pública que brinda atención de II nivel de complejidad por contar con especialidades, como organismo de salud dirige sus acciones a satisfacer las necesidades de salud de la población, brindando atención médica integral, incluye además actividades de promoción, prevención, y rehabilitación de la salud.

Esta institución cuenta con los servicios de medicina interna, reumatología, gastroenterología, endocrinología, cirugía, neurología, urología, otorrinolaringología, cardiología, neumología, traumatología, reumatología. Además cuenta con el servicio de pediatría y cirugía pediatría; el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) que es atendido por las licenciadas de enfermería. En el área de salud de la mujer, se brinda servicios de control prenatal, planificación familiar y psicoprofilaxis.

Durante el desarrollo de las prácticas pre - profesionales en el Servicio de Consultorios Externos de Endocrinología se observó que se atienden diariamente un total de 10 a 12 pacientes, aproximadamente 280 atenciones al mes. Los pacientes

que se atienden en gran parte son adultos entre 25 a 70 años de edad de las distintas poblaciones pertenecientes a su jurisdicción.

Ante el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, con su condición de cronicidad y que exige modificaciones en los hábitos y el modo de vida de uno de los miembros, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis amenazada. El factor común de todas estas situaciones es la necesidad de que todos los miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevas formas y a veces nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia, lo que puede afectar a su vez al familiar enfermo (25).

Frente a este marco descrito, nos hemos motivado a realizar el presente estudio de investigación planteándonos la siguiente interrogante:

¿Cómo se relaciona el apoyo familiar y el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015?

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la relación del apoyo familiar y el autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el autocuidado del paciente adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.
2. Identificar el apoyo familiar del paciente adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.
3. Determinar la relación del apoyo familiar y el autocuidado del paciente adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

1.2. HIPOTESIS:

Hi: Existe una relación significativa entre el nivel de apoyo familiar y el autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

Ho: No existe una relación significativa entre el nivel de apoyo familiar y el autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.

1.3. IMPORTANCIA

El presente estudio de investigación “Apoyo Familiar y Autocuidado del Adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015, es de gran importancia ya que a través de los resultados encontrados se conoció la relación entre el apoyo familiar y el autocuidado lo que permite promover un autocuidado debido que el manejo de la Diabetes Mellitus en gran parte depende de la capacidad del paciente para el autocuidado, por lo que es la base de la pirámide de la atención primaria.

Los resultados del presente estudio son de suma importancia porque permite reforzar prácticas de autocuidado y apoyo familiar creando y proponiendo programas dirigidos a la promoción y prevención de enfermedades como la diabetes; enfatizando así estilos de vida saludables que permitan al adulto poder participar en su autocuidado.

El trabajo de la enfermera comunitaria debe tomar en cuenta a la familia para asegurar un mejor cumplimiento del tratamiento de la diabetes por el miembro que la padece. De aquí la importancia que tiene el presente estudio, cuyo propósito es: Identificar si el apoyo familiar percibido por el adulto con DM tipo 2, influye directamente en que reciba su tratamiento hospitalario o ambulatorio.

En este sentido, ayuda a los profesionales de enfermería que laboran en los diferentes niveles de atención a emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión, respetando la cultura del paciente y reorientando las creencias y prácticas desfavorables para mejorar estilos de vida y con ello disminuir el riesgo a complicaciones. Los resultados de la presente investigación sirven como fuente bibliográfica para futuros estudios de investigación.

II. MARCO TEÓRICO

El presente trabajo de investigación está sustentado en la Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem.

Dorotea Orem define y describe la Teoría del Autocuidado como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc.) y los derivados de las desviaciones del estado de salud (26).

El concepto de autocuidado de Orem define a la persona como una unidad con funciones biológicas, simbólicas y sociales, y centra su atención en la capacidad del individuo para transformar su autocuidado. Así, se identifica el término agente como aquella persona que realiza la acción, por lo que según este modelo, el agente de autocuidado es la persona que realiza una acción a favor de la salud de sí mismo (12).

Orem, considera la Teoría del Autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: La teoría del Autocuidado que describe y explica al autocuidado; la Teoría de Déficit de Autocuidado que describe y explica las razones por la que Enfermería puede ayudar a las personas; y, la Teoría de los Sistemas de Enfermería que describe y explica las relaciones que es necesaria establecer y mantener para que se dé el cuidado de enfermería (27).

La presente investigación abarca los conceptos: Autocuidado, Agente de autocuidado, y los requisitos del autocuidado.

El autocuidado es un fenómeno activo, requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado (27).

El agente de autocuidado según Orem, lo define como la persona que realiza las acciones del autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las ejecuta hacia ella misma, se denomina "Agente de Autocuidado". Cuando las acciones van desde las personas que las realizan hacia personas sin capacidad de autocuidado, se denomina "agente de cuidado dependiente" (28).

Los requisitos de autocuidado son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener, son los medios para llevar a cabo las acciones que atribuyen el autocuidado. Dentro de los requisitos de autocuidado se subdividen en tres categorías las cuales son los requisitos universales, requisitos relativos al desarrollo y los requisitos de desviación de la salud (28) (29).

Establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo, forman parte de la valoración del paciente. El término "requisito" es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Orem propone a este respecto 3 tipos de requisitos:

Los requisitos universales son comunes a todas las personas e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgo e interacción de la actividad humana.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Dentro de los requisitos se pueden considerar (27) (30):

- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- ✓ Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- ✓ Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- ✓ Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- ✓ Equilibrio entre actividades y descanso.
- ✓ Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- ✓ Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- ✓ Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Los requisitos relativos al desarrollo son aquellos que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital, promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: Niñez, adolescencia, adulto y vejez (27).

Los requisitos de desviación de la salud son aquellos que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de la salud asociados con defectos de constitución corporal, genéticas desviaciones humanas, estructurales y funcionales.

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran (27).

Dentro de los requisitos para el autocuidado en la desviación de la salud en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 el paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su control médico, dieta, tratamiento farmacológico prácticas de ejercicios e higiene para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones. Las personas con Diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías (1) (29).

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el

entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar (31).

La educación al paciente diabético tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente Diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende, al iniciarse en la primera consulta se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, ventajas del ejercicio físico, debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado (28) (32).

Control Médico; anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente son: peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación (33).

Dieta; tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los

límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. La finalidad de la dieta son (28):

- Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”. El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado, los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias, con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.
- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).
- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución), cuando se consuman deben siempre ir acompañadas de algún alimento ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios, es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo, los jugos pueden tomarse como

sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua.

- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra saludable (50g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
- Se recomienda: comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.
- Se recomienda reducir el consumo de grasa de origen animal ya que contiene muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res), consumir de preferencia proteínas de origen no animal ya que ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón.
- El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales, ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre.
- Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia, recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, proveniente del pescado t otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II.

El ejercicio físico; es la segunda modalidad del tratamiento para la diabetes mellitus. La glucosa puede entrar en las células musculares activas sin la acción de la insulina y puede entonces ser oxidada al dióxido de carbono y agua en la mayoría de los diabéticos. Por lo tanto, el ejercicio tiene una acción hipoglucemiante (34).

Las personas con diabetes mellitus se benefician del ejercicio durante 30 minutos de 3 a 4 veces por semana. Los resultados del ejercicio son la mejoría en la tolerancia de la glucosa, de la sensibilidad a la insulina pérdida de peso. Además el ejercicio aeróbico mejora la función cardiovascular y los perfiles lipídicos (35).

La higiene y cuidado de la piel es otra de las medidas terapéuticas para evitar consecuencias desagradable, ya que el diabético está más propenso a las infecciones que las demás personas y esta susceptibilidad es causada por las circulación disminuida, aumento de la glucosa en sangre, anormalidades en la respuesta inmunológica (34).

Una de las medidas importantes para evitar y controlar dicho problema de higiene es el cuidado de la boca, la que debe ser examinada por lo menos cada tres o cuatro meses por un dentista. Se debe cepillar los dientes todos los días después de cada comida evitando la caries dental y la infección de las encías, las cuales pueden descompensar la Diabetes y ser difíciles de curar (34).

El cuidado minucioso de la piel, es imprescindible porque la hiperglucemia genera resequedad de la piel y suele deprimir la fagocitosis leucocítica, lo cual disminuye la resistencia a las infecciones. Los pies de los diabéticos están propensos a una insuficiencia vascular, neuropatía notable e infecciones secundarias a un trauma.

Todo diabético deberá cuidar sus pies en forma meticulosa, ya que la sensibilidad esta disminuida: lavarse los pies diariamente con agua tibia y jabón, secarlos bien, en especial entre los dedos buscando cualquier signo de callosidades, enrojecimiento, ampollas, fisuras, úlceras, se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga; cambiarse diariamente los calcetines, medias que sean suaves, limpias y sin rugosidades, evitar caminar con los pies descalzos para no sufrir algún traumatismo o lesiones en la piel. Algunos cuidados (33) (34):

- Si se tiene piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos.
- No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies.
- Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas.
- No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse.
- Limarse las uñas con una lima de cartón.

El tratamiento farmacológico incluye la aplicación y uso de insulina e hipoglucemiantes orales que son dos clases de agentes cuya función es disminuir los niveles de glucosa ambas sustancias disminuyen los nivel de glicemia, la función la ejercen por mecanismos diferentes. Por lo tanto los cuidados de Enfermería se deben centrar en el entendimiento, tanto del normal funcionamiento de la insulina endógena como de los efectos metabólicos de los agentes hipoglucemiantes mencionados (21).

Respecto a las complicaciones, la frecuencia, la gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas, están relacionados con el grado de hiperglicemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a factores de riesgo y el ambiente genético. Entre las complicaciones agudas y crónicas, están relacionados con el grado de hiperglicemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgo y el ambiente genético. Entre las complicaciones agudas se presenta: el coma hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia.

Entre las complicaciones crónicas más relevantes está el riesgo para desarrollar cataratas, retinopatías, glaucoma y es la principal causa de la ceguera adquirida en los adultos; incrementa 17 veces el riesgo de desarrollar daño renal, incrementa 2 veces el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular cerebral e hipertensión arterial; se incrementa la probabilidad de insuficiencia vascular periférica, que a su vez condiciona pie diabético, riesgo de neuropatías autonómicas en los sistemas vascular digestivo y genitourinario; y el piel y mucosas favorecen infecciones oportunistas piógenas y nicóticas crónicas (21).

Cuidados generales deben estar enfocados en evitar todo tipo de infecciones ya que pueden agravarse rápidamente, realizar su higiene corporal diaria, acudir a su control médico puntualmente, someterse a un examen completo oftalmológico, cardiovascular, renal y neurológico anualmente (34)(4).

La Organización Mundial de la Salud define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede

definirse con precisión en escala. Por otro lado Claude Lévi-Strauss sostiene que la familia tiene su origen en el establecimiento de una alianza entre dos o más grupos de descendencia a través del enlace matrimonial entre dos de sus miembros. La familia está constituida por los parientes, es decir, aquellas personas que por cuestiones de consanguinidad, afinidad, adopción u otras razones diversas, hayan sido acogidas como miembros de esa colectividad (35).

La familia, como entidad donde se concreta la reproducción material y cotidiana de sus integrantes, implementa acciones para el cuidado de la salud. Siendo una de sus funciones esenciales el prestar apoyo a los miembros que la integran. La aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2 en unos de sus miembros ubica al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada, donde el apoyo familiar adquiere especial importancia en el control glucémico. Este control, implica más que el simple hecho de tomar un medicamento, conlleva un conjunto de conductas adoptadas frente a la enfermedad (36).

El Apoyo Familiar es el grado de satisfacción percibido por el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 sobre la conducta del cuidador principal en relación a ayuda tangible, interacción íntima, guía o información, realimentación e interacción social.

Consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud, y facilita el cuidado de sus componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar (36).

Tipos de apoyo familiar El apoyo social y familiar puede dividirse en diferentes tipos: emocional, informacional e instrumental (37).

- El apoyo emocional: Definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar.
- El apoyo informacional: Proceso en el cual las personas buscan información, consejo guía que les ayude a resolver sus problemas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros. Se considera dentro del apoyo informal: los conocimientos de la familia relacionados con las medidas de control y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.
- El apoyo instrumental: Es la provisión real de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita; (p. ej., acompañar al paciente al hospital, administrarle inyecciones de insulina). Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas.

El apoyo instrumental es la dimensión de la ayuda tangible, donde se proporciona recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción

íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros (38).

El apoyo instrumental comprende las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control; señala como ejemplo la ayuda para entender las indicaciones médicas. Considera también que el apoyo informativo e instrumental pueden considerarse como apoyo emocional (39).

El apoyo familiar comprende cinco dimensiones que adquieren contenido en función del cuidado que requiere realizar día con día el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.

Así, la dimensión de la ayuda tangible, puede referirse a proporcionar recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; La de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad. Entre otros; la dimensión de guía o información, puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento.

La dimensión de realimentación comprende la supervisión sobre recomendaciones médicas, hacerle sentir bien por llevar a cabo conductas saludables, hacerle entender cuando está en un error que afecta su salud, entre otros. Por último la dimensión interacción social podría incluir hacer ejercicios juntos, hablarle de algo que es de interés a su salud, levantarle el ánimo, entre otros (36).

En general el adulto que padece diabetes mellitus demanda el apoyo familiar a través de mecanismos de adaptación del sistema familiar. Dicha adaptación favorece eventualmente las medidas terapéuticas que implican modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las situaciones estresantes. Además de la realización de procedimientos especializados como son el monitoreo de la glucemia y el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Todo ello coadyuva en el mantenimiento de glicemias dentro de los rangos normales, previniendo las descompensaciones metabólicas y retrasando la aparición de las complicaciones (31).

Apoyo familiar base de la red de apoyo social

El apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal (31).

Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y/o invalidante suele alterar a todo el sistema familiar y como señala Ansen, cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros, sino también el funcionamiento general de la dinámica familia (38).

En general el adulto que padece diabetes mellitus demanda el apoyo familiar a través de mecanismos de adaptación del sistema familiar. Dicha adaptación favorece eventualmente las medidas terapéuticas que implican modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las situaciones estresantes. Además de la realización de procedimientos especializados como son el monitoreo de la glucemia y el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Todo ello coadyuva en el mantenimiento de glicemias dentro de los rangos normales, previniendo las descompensaciones metabólicas y retrasando la aparición de las complicaciones (38).

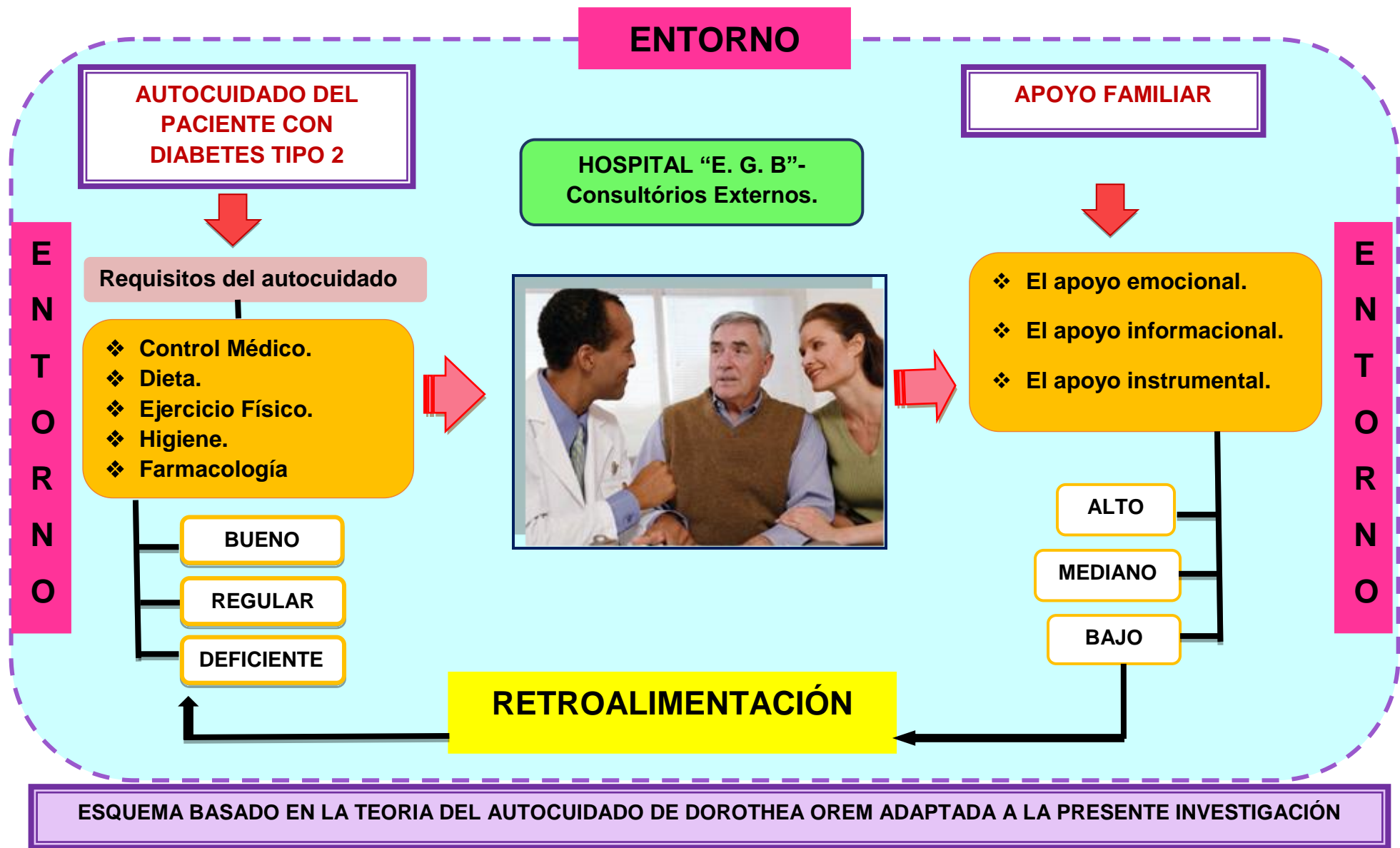
Importancia del apoyo familiar (40)

Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud. La familia condiciona decisivamente las creencias, actitudes, y comportamientos de los individuos frente a la salud, a la enfermedad y a los servicios sanitarios.

- La familia es, normalmente, la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos y en los que producen incapacidades.
- El apoyo familiar también tiene un importante papel en la neutralización del estrés.
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas.

En el presente trabajo se ha considerado como fuente formal de información a la Institución de Salud “Hospital Eleazar Guzmán Barrón- Consultorios externos -”, teniendo como recurso humano a los profesionales de Salud que laboran en dicha institución, principalmente a la enfermera jefa de Consultorios Externos.

En este ámbito solo se consideró como fuente informal a la familia como parte de la investigación quienes brindan ayuda de manera inmediata ofreciendo un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente con Diabetes Mellitus Tipo



III. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente informe de investigación es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal.

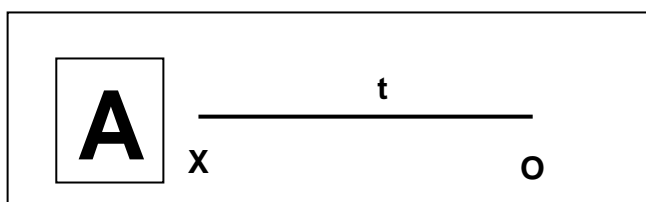
Es de tipo descriptivo ya que se describió el apoyo familiar y el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en consultorios externos del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón.

Es de tipo correlacional ya que explicó la relación entre las variables, el apoyo familiar y el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

Es de corte transversal, porque se identificó las características de la unidad de análisis en un determinado momento.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente estudio será de tipo descriptivo, correlacional y transversal que corresponde al siguiente esquema.



DONDE:

A: Adulto con Diabetes mellitus tipo 2

X: Apoyo Familiar

O: Autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2

t: 2015

3.3. POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo conformada por 80 pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

a) Unidad de análisis:

Paciente adulto con diabetes mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, que reunió los criterios de inclusión.

b) Marco muestral:

Libro de Registro de los pacientes atendidos en Consultorios Externos de endocrinología del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, durante los meses noviembre y diciembre del 2015.

c) Criterios de inclusión:

- ✓ Ser paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- ✓ Paciente de 25- 70 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Paciente que asista regularmente al tratamiento.
- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Paciente que vive con familiar.
- ✓ Paciente con tratamiento mínimo de 6 meses.
- ✓ Paciente adulto que acepte participar voluntariamente en el trabajo de investigación.

d) Diseño Muestral:

Se trabajó con el 100% de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos de endocrinología del hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015 y que cumplieron con los criterios de inclusión. Durante los meses noviembre-diciembre, por ser técnicamente y económicamente factible. (n= 80).

e) Aspectos éticos:

En el presente estudio de investigación se contempló los siguientes principios éticos a fin de conseguir la debida aceptación y cooperación de los adultos con Diabetes mellitus 2:

- **Autonomía:** Definido como la capacidad que tienen las personas de tomar decisiones en la investigación y se respetó la decisión voluntaria. (Anexo N°01).
- **Anonimato y Confidencialidad:** Privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados a tener acceso.
- **Beneficencia y No maleficencia:** Este principio se refiere a la búsqueda del bien o beneficencia como investigadoras de no hacer daño ni discriminar a ningún adulto de dicho hospital. En el presente estudio de investigación se tendrá en cuenta la discreción en los datos personales y la privacidad de los adultos.

- **Principio de Respeto de la Dignidad Humana:** comprende el derecho del sujeto a la autodeterminación, lo cual significa que se respetó la decisión de los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 a participar o no en la investigación.
- **Justicia:** Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde. Incluye a que los participantes tienen derecho a un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación en el estudio.
- **Integridad Científica:** Se entiende por integridad científica a la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven de base a la investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.
- **Responsabilidad:** Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la difusión de la investigación implican para los participantes y para la sociedad en general.

3.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN:

3.4.1. VARIABLE 1:

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO DIABÉTICO:

- **Definición Conceptual:**

Es una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo. Es, por tanto una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar (27).

- **Definición Operacional:**

Se operacionalizó mediante la escala ordinal:

- Buen Nivel de Autocuidado = 83-105
- Regular Nivel de Autocuidado = 59-82
- Deficiente Nivel de Autocuidado = 35-58

3.4.2. VARIABLE 2:

APOYO FAMILIAR:

- **Definición Conceptual:**

Es la satisfacción de necesidades individuales de afecto, pertenencia y seguridad que son satisfechas brindadas por personas significativas constituidas por familiares (36).

- **Definición Operacional:**

Se operacionalizó mediante la escala ordinal, con los siguientes puntajes:

- Apoyo familiar Alto = 28-36
- Apoyo familiar Mediano. = 20-27
- Apoyo familiar Bajo = 12-19

3.5. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista, aplicando los siguientes instrumentos:

A. TEST DE NIVEL DE AUTOCUIDADO:

Es un instrumento utilizado en otras investigaciones basado en Norabuena, J. (2005) y modificado por las autoras de la presente investigación (48).

Este Test constó de:

- I. Nivel de Autocuidado : 37 Items
 - a. Control Médico : 07 Items
 - b. Dieta : 12 Items
 - c. Uso de medicamentos : 03 Items
 - d. Práctica de Ejercicios : 04 Items
 - e. Higiene : 11 Items

Se le asignó al instrumento un valor máximo de 105 puntos, valorándose cada ítem con las alternativas:

- Siempre : 3 puntos
- A veces : 2 puntos
- Nunca : 1 puntos

B. TEST DE APOYO FAMILIAR :

Elaborado por Leiton (1998) modificado por Chiguala y Davila (2007), revalidado y aplicado por Lirion y Moya (2009). Modificado y adaptado por las autoras de la presente investigación (46).

Este Test constó de 12 ítems, asignándose al instrumento un valor de 36 puntos, valorándose cada ítems con las alternativas:

- Siempre = 3 puntos
- A veces = 2 puntos
- Nunca = 1 punto

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Se evaluó la validez y confiabilidad de los instrumentos a través de una prueba piloto a una población con características similares a la población sujeta de estudio quienes no formaron parte de la presente investigación.

Se realizó con la finalidad de comprobar que el instrumento sea preciso y entendible así como estimar su validez y confiabilidad. Fue revisado y corregido previamente antes de obtener el instrumento correcto y adecuado para la presente investigación y sometida a una prueba en el campo de estudio.

Se aplicó una prueba piloto en 10 adultos con diabetes mellitus tipo II; en el Puesto de Salud Villa María, Nuevo Chimbote; con similares características a las del sujeto de estudio.

- **VALIDEZ**

Los instrumentos fueron validados a través de la correlación elemento-total corregida, correlación de Pearson, obteniéndose para el test sobre Nivel de Autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, $r = 0,23$, considerándose válido; y para el test de Apoyo Familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, $r = 0,30$, considerándose válido.

- **CONFIABILIDAD**

La confiabilidad de los instrumentos se estimó a través del coeficiente alfa de Crombach. El test: Nivel de Autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, obtuvo un resultado de $\alpha = 0,75$ y el test: Apoyo Familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2, obtuvo un resultado de $\alpha = 0,77$; lo cual indica que los instrumentos son altamente confiables.

3.7. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION DE DATOS

1. Para la recolección de datos se solicitó el permiso a través de Dirección de Escuela de Enfermería a la Dirección del Hospital.
2. Se coordinó con la enfermera jefe de Consultorios Externos del Hospital, luego se identificó a los adultos que cumplan con los criterios de inclusión.
3. Se les informó los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta los derechos de confidencialidad y libre participación, además se les explicó la forma del llenado de los instrumentos. Luego de esto, las investigadoras procedieron a entregar los instrumentos los cuales fueron llenados las respuestas, para esto tuvieron un tiempo de 20 minutos.

4. Después del tiempo dado, las investigadoras recogieron y revisaron los instrumentos para ver que hayan respondido todas las preguntas y finalmente se les agradeció por su participación.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DATOS

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el Software especializado en Estadística y Epidemiología: EPIINFO 19 en sus 2 niveles; previa codificación de los datos obtenidos.

- **Nivel Descriptivo:** Los resultados estuvieron representados en las tablas unidimensionales, y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia relativa y simple.

- **Nivel Analítico:** Se aplicó la prueba Estadística de Independencia de criterios Chi cuadrado (X^2), con un 5% de significancia ($p < 0.05$) y un 95% de confiabilidad, para determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el autocuidado de los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. Las gráficas estadísticas se realizaron en Software Harward Graphic.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

4.1. RESULTADOS:

TABLA N° 01. NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N	%
BUENO	37	46.30
REGULAR	35	43.80
DEFICIENTE	8	09.90
TOTAL	80	100.0

NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

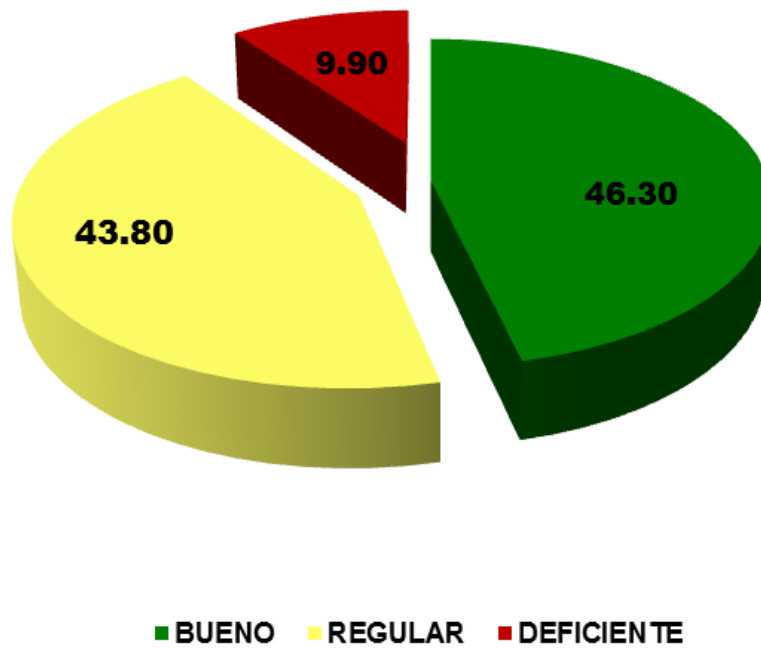


FIGURA N° 01. NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS

TABLA N° 02. APOYO FAMILIAR DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

APOYO FAMILIAR	N	%
ALTO	44	55.00
MEDIO	30	37.50
BAJO	6	07.50
TOTAL	80	100.00

APOYO FAMILIAR DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

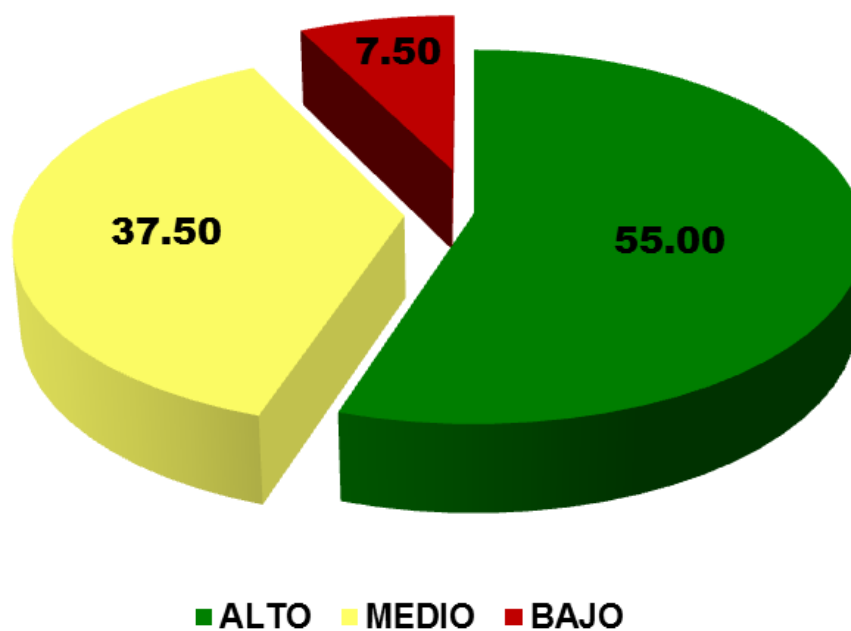
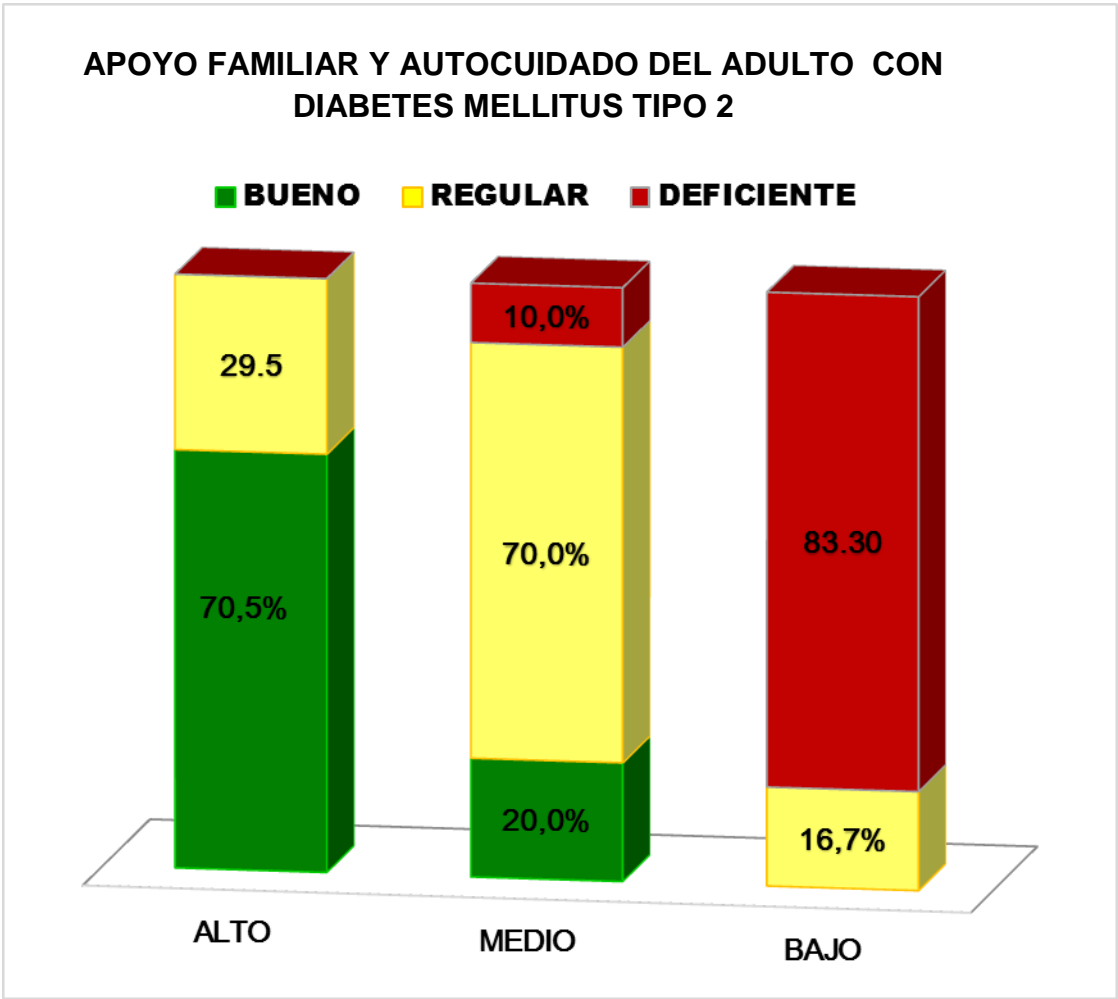


FIGURA N° 02. APOYO FAMILIAR DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

TABLA N° 03. APOYO FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

APOYO FAMILIAR	AUTOCUIDADO						TOTAL	
	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	31	70.50	13	29.50	0	00.00	44	55.00
MEDIO	6	20.00	21	70.00	3	10.00	30	37.50
BAJO	0	00.00	1	16.70	5	83.30	6	07.50
TOTAL	37	46.25	35	43.75	8	10.00	80	100.0

$X^2 = 3,889$ gl = 1 p=0,01 Significativo r = 0.40 correlación moderada OR= 2.6 Riesgo elevado



$X^2 = 3,889$ $gl = 1$ $p=0,01$ Significativo $r = 0.40$ correlación moderada
OR= 2.6 Riesgo elevado

FIGURA N° 03. APOYO FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDO EN CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2015.

4.2. DISCUSIÓN:

EN LA TABLA N° 01: Sobre el autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. Se observó lo siguiente:

Referente al autocuidado del adulto. Se obtuvo que el 46,3% de los adultos presentaron un nivel de auto cuidado Bueno, 43.8% Regular y el 9.9% Deficiente.

El resultado es similar a lo reportado en Venezuela por Arteaga, O y Cortez, L (17), en su investigación "Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador". Donde concluye que el 57% de personas encuestadas, realizan diferentes actividades para su autocuidado como: ejercicio, dieta y cuidados generales en piel y pies, ayudándolos así a conllevar de mejor manera la enfermedad.

Difieren con el estudio de Gallegos, D, Cárdenas, R y Salas, G (45), en un estudio cualitativo donde definieron las capacidades especializadas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2, Donde reportaron que existe una categoría nueva relacionada con el cambio de hábitos y actitudes, dentro de lo que sobresale el papel que el paciente confiere a la familia en el cuidado de su enfermedad pero la percepción de tener apoyo familiar referido por el paciente con DM2, no se ve reflejado en las acciones de autocuidado que el realiza. En contraste con lo manifestado por estudios en donde

mencionan que el apoyo familiar es relevante para llevar a cabo acciones de autocuidado y lo mantenga en control.

Los resultados hallados en el presente estudio, denotan que el mayor porcentaje (46,3%) de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentaron un nivel de autocuidado Bueno, lo que nos indica que se cuidan de manera adecuada. Sin embargo es necesario continuar elaborando y ejecutando campaña de promoción de la salud enfocadas a concientizar sobre la importancia de su autocuidado promoviendo estilos de vida saludables con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto y la familia disminuyendo así la incidencia de complicaciones.

Por otro lado existe un porcentaje bajo (9.9%) de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que tienen un nivel de autocuidado deficiente lo cual probablemente se deba a que exista rechazo y/o negación a la enfermedad, trabajen todo el día y no puedan realizar un autocuidado adecuado lo que va a aumentar la probabilidad que la enfermedad progrese y presente complicaciones. Se infiere que los resultados mostrados podrían variar de acuerdo a la situación de cada persona influyendo sus datos sociodemográficos como edad, sexo y nivel de educación. Con respecto a la edad los roles que cada persona tiene, puede conllevar a una sobrecarga de actividades descuidándose de su cuidado, lo mismo que con el factor sexo, ya que se ve que en el caso del sexo femenino son más amplias las responsabilidades hacia su familia, y se descuidan de su autocuidado.

Los hallazgos de la presente investigación denotan que el autocuidado es la capacidad de la persona de lograr y mantener su salud. Dicha capacidad el autocuidado aun cuando está vinculado con los conocimientos aprendidos, implica un cambio de conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar (27).

EN LA TABLA N° 02, sobre apoyo familiar del adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015, Se observó lo siguiente:

Referente al apoyo familiar del adulto. Se obtuvo que el 55.0% de los adultos presentaron un alto apoyo familiar, 37.50% Regular y el 7.50% bajo.

El resultado es similar a lo reportado en México por Rodríguez, C y Guerrero, J (16). Concluyeron: que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia significativamente al nivel de autocuidado. De igual modo Mercado, S (41), concluye: que el apoyo familiar se asocia positivamente con la preparación e ingesta de la alimentación prescrita la consideran vital en el tratamiento con una significancia ($p < .001$).

Según los hallazgos encontrados en la presente investigación denotan que el mayor porcentaje (55.0%) presenta un apoyo familiar alto, lo que probablemente se deba a que la familia reconoce que el apoyo emocional,

instrumental e informacional, favorecen el cumplimiento del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Sin embargo los resultados mostraron que un 7.5% de adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 presenta un apoyo familiar bajo lo cual probablemente se deba a que la mayoría de los pacientes refiere que sus familiares satisfacen necesidades económicas, Por otro lado existen problemas interpersonales entre los miembros de la familia lo cual conlleva a que se sientan desmotivados lo cual influye en el cuidado de su salud.

Los resultados hallados en el presente estudio nos permiten inferir que los familiares cuidadores ofrecen servicios directos a los pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, como participando en la preparación de la dieta del paciente, acompañándolo a las consultas médicas y motivándolo al cumplimiento de su tratamiento (38).

El apoyo familiar resulta fundamental para que el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 pueda realizar un autocuidado adecuado. De esta manera contempla la potenciación y creación de redes interpersonales que implementen estrategias que favorezcan el cuidado de su salud y prevención de complicaciones.

EN LA TABLA Nº 03, sobre el apoyo familiar y el autocuidado del paciente adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. Se observó lo siguiente:

Referente al apoyo familiar y el autocuidado del paciente adulto. Se observó que entre los adultos que tienen apoyo familiar alto prevalece el nivel de autocuidado Bueno (70.5%) a diferencia de los adultos que tienen apoyo familiar Bajo prevalece el autocuidado deficiente.

El resultado es similar a lo reportado en Chimbote por Goycochea, R y Lavado, K (46), quienes encontraron una asociación positiva entre apoyo familiar y el autocuidado (apego a la dieta al ejercicio y al monitoreo). Asimismo Cuervo, G (64), quien estudio el efecto de los factores familiares y estilo de vida en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 concluyó que el apoyo familiar tiene un efecto significativo en el estilo de vida de los pacientes, a mayor apoyo familiar, mejor es el estilo de vida de los sujetos estudiados.

En Trujillo por Méndez, C y Montero, F (20), en su trabajo de investigación: "Autocuidado y su relación con el Apoyo Familiar percibido por Adultos Diabéticos. Hospital Belén de Trujillo", encontraron que un porcentaje de (54.9 %) de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentó un nivel de autocuidado bueno, un porcentaje (38.5%) presentó un nivel de autocuidado regular y porcentaje de (6.6%) nivel de autocuidado malo.

Ante la prueba de Chi cuadrado, existe relación significativa ($p=0.01$) entre las variables de estudio. Así mismo ante la medida de correlación, existe una correlación positiva moderada entre ambas variables ($r= 0.40$), es decir, a mejor nivel de apoyo mejora el nivel de autocuidado. Ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de apoyo bajo se constituye en riesgo elevado para un autocuidado deficiente ($OR=2.6$), es decir existe 2.6 veces más riesgo que los adultos tengan un nivel de autocuidado inadecuado, si tienen un nivel de apoyo familiar bajo.

Los resultados encontrados nos indican que un mejor nivel de apoyo familiar ayuda a que el individuo asuma con mayor responsabilidad su enfermedad y realice un mejor autocuidado. se considera también que los adultos son conscientes de sus experiencias y de los acontecimientos que ocurren en situaciones de cuidado sanitario y son capaces de llegar a ser agentes de su propio cuidado sanitario.

Por otro lado nuestros resultados mostraron que los pacientes Diabetes Mellitus Tipo 2 que tienen un nivel de apoyo familiar alto presentan un nivel de autocuidado regular (43.8%) y una minoría un nivel de autocuidado deficiente (9.9%), lo cual es probable que se deba a que durante la observación directa, es que las personas se resisten a reconocer ante un extraño que sus familiares no lo ayudan lo necesario para mantener controlada su diabetes.

Según los hallazgos encontrados en la presente investigación podemos inferir que las acciones de promoción de la salud debe tomar en cuenta la familia para asegurar un mejor cumplimiento del tratamiento de la diabetes por

el miembro que la padece, de aquí la importancia que tiene el presente estudio, cuyo propósito es conocer si el apoyo familiar del adulto con DM tipo 2, se relaciona directamente en que reciba un tratamiento hospitalario o ambulatorio. Esto teniendo en cuenta que el apoyo familiar se refleja en las acciones de autocuidado del paciente.

Aunque la Diabetes Mellitus tipo 2 no es curable, se aplican medidas de prevención que permiten controlarla y evitar complicaciones, por lo tanto el individuo que la padece debe lograr un adecuado autocuidado y la familia debe organizar una serie de estrategias que le permiten enfrentar la enfermedad e influir sobre su evolución y desenlace; las relaciones entre los integrante juegan un papel importante en las conductas de apoyo familiar.

Finalmente como resultado de nuestro estudio el autocuidado es una conducta que adquiere el paciente con la finalidad de proteger su salud lo cual implica modificaciones en los hábitos de vida como el hacer ejercicio, modificar las formas de alimentación, y disminuir las situaciones estresantes. Asimismo las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones. Por lo que las actividades del profesional de enfermería en estos casos debe estar enfocadas a concientizar sobre la importancia que tiene el apoyo familiar en el autocuidado del paciente con Diabetes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto y familia, disminuyendo así la incidencia de complicaciones, promoviendo los estilos de vida saludable.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

5.1. CONCLUSIONES:

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, sobre Apoyo Familiar y el autocuidado del paciente adulto con Diabetes Mellitus tipo 2 atendido en Consultorios Externos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015. Se detalla las siguientes conclusiones:

1. Se identificó que el 46.3% de adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 manifestaron un nivel de Autocuidado Bueno, 43.8% Regular y sólo el 9.9 % Deficiente.
2. Del 100% de adultos con Diabetes Mellitus Tipo 2 encuestados, manifestaron tener Apoyo Familiar Alto 55.0%, 37.5% Medio y el 7.5% Bajo.
3. Si existe una relación significativa entre el Apoyo Familiar y el Autocuidado en el adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 ($p= 0.01$)

5.2. RECOMENDACIONES:

- Intervenir en forma multisectorial y multidisciplinario en el manejo y control de la Diabetes, en especial realizar capacitación y entrenamiento de los familiares en relación al apoyo familiar y su relación en el autocuidado del paciente con Diabetes.
- Que las instituciones de salud y la Universidad Nacional de Santa a través de su Escuela de Enfermería, planifiquen, ejecuten y evalúen, proyectos de prevención, y de educación en autocuidado, con participación activa y organizada de los adultos con diabetes.
- Que el profesional de enfermería continúe liderando los programas de Enfermedades No Trasmisibles, e intervengan considerando sus propias características sociales y culturales del adulto.
- La Escuela Académica Profesional de Enfermería en sus diferentes asignaturas de adulto, debe continuar elaborando y ejecutando campañas de Promoción de la salud enfocadas a concientizar sobre la importancia que tiene el Apoyo Familiar en el autocuidado del paciente con Diabetes, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del adulto y familia, disminuyendo así la incidencia de complicaciones, promoviendo los estilos de vida saludable.

- Realizar estudios e investigaciones relacionadas al apoyo familiar ya que en nuestra investigación los resultados mostraron que el apoyo familiar es un factor importante para que el paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 mantenga un nivel de autocuidado bueno por ende disminuyan las complicaciones de dicha enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Villalba, Y. (2009). *Metas para el manejo del paciente diabético*. Actualización de medicina interna, México. Fecha de acceso: 25/11/15 Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bistraen/123456789/113771/tesis.diabetes%20mellitus%20en%20los%20estudiantes%20de%20medicina.pdf>.
2. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES (2011). *Plan Mundial contra la diabetes 2011-2021*. Fecha de acceso: 04/07/15. Disponible en: <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>.
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010). *Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*. Fecha de acceso: 04/10/15. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/diagnostico-y-tratamiento-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf.
4. REVISTA DE LA ASOCIACION LATINOAMÉRICA DE DIABETES-ALAD (2011). *Epidemiología de la diabetes de tipo 2 en América Latina*. Fecha de acceso: 25/10/15. Disponible en: http://www.alad-latinoamerica.org/phoca_download/guias%20alad.pdf.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2012). *La Diabetes muestra una tendencia a ascendente en las Américas*. Fecha de acceso: 24/10/15. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_trend-in-214.

6. CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO Y SALUD PÚBLICA (2012). *Epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores en el Perú*. Fecha de acceso: 11/10/15. Disponible en: <http://www.medicina.usmp.edu.pe>.
7. MINISTERIO DE LA SALUD DEL PERÚ (2013). *Tomemos control de la Diabetes*. Fecha de acceso: 21/10/2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/diabetes/datos.asp>.
8. MINISTERIO DE SALUD (2012) *Casos de Diabetes mellitus en consulta externa, enero a diciembre del 2012*. Fecha de acceso: 15/11/15. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbs.asp?lcind=10&lcobj=36lcp er=1&lfreg=10/11/14.pdf.
9. OFICINA DE ESTADÍSTICA RED PACIFICO SUR (2013). Nuevo Chimbote, Perú. Fecha de acceso: 21/11/15 Disponible en: <http://www.who.int/media centre/factsheets/fs355/es>.
10. MINISTERIO DE SALUD (2011). PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DE ESSALUD-CHIMBOTE. Perú. Fecha de acceso: 19/10/15. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-implementa-programa-de-control-de-enfermedades-cronicas-renovada/>.

11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010) *Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el control de las Enfermedades Crónicas Incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. Fecha de acceso: 11/11/15. Disponible en: http://www.unscn.org/en/resource_portal/index.php?&themes=62&resource=4.
12. Hernández, D. (2012). *Conocimiento, actitudes y prácticas de autocuidado de los pacientes Diabéticos de 40 a 60 años que asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de San Carlos, Guatemala. Fecha de acceso: 21/11/15. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0079_E.pdf.
13. Baca, B y Colab. (2008). *Nivel de conocimientos del Diabético sobre su autocuidado*, Culiacán, México. Fecha de acceso: 12/11/15. Disponible en: <file:///C:/Users/Demetrio%20Andrade/Downloads/14691-70261-1-PB.pdf>
14. Cuervo, G (2008). *Factores familiares y estilo de vida en el paciente con DM2*. Tesis de maestría no publicada. Universidad autónoma de nuevo león, México. Fecha de acceso: 16/11/15. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Issabelisting/estilos-de-vida-en-pacientes-con-dm>.
15. Alonso, M; Carmona, M; García, S. (2010). *Relación de influencia familiar y medidas de autocuidado (estilo de vida, ejercicio y nutrición) en pacientes diabéticos tipo 2*. Tesis de maestría. México.Fecha de acceso: 10/08/15. Disponible en: http://saludpublica.uanl.mx/1575/1/10_201_49421.pdf.

16. Rodríguez, C y Guerrero, J (2011). *El apoyo familiar y el cumplimiento del Tratamiento Médico en Individuos con Diabetes Mellitus. Salud Pública*. Tesis de maestría. Guatemala. Fecha de acceso: 10/10/15. Disponible en: http://www.academia.edu/10147700/El_apoyo_familiar_y_el_cumplimiento_de_l_tratamiento_m%C3%A9dico_en_individuos_con_diabetes_mellitus_no_insulino_dependiente.
17. Arteaga, O y Cortez, I. (2013) *Autocuidado en personas con Diabetes mellitus tipo 2, que asisten al club de diabéticos del centro de salud N° 1 Pumapungo, Cuenca – Ecuador*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad de Cuenca, Ecuador. Fecha de acceso: 10/09/15 Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5091/1/EN_F101.pdf.
18. Huamán, E. (2009). *Medidas de autocuidado que realizan los pacientes Diabéticos y los factores socioculturales que lo favorecen o limitan su cumplimiento, en el programa de diabetes del hospital nacional dos de mayo*. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú. Fecha de acceso: 14/08/15 Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/471>.
19. Chávez, S. (2011) *.Relación nivel apoyo familiar en el cuidado y calidad de vida, pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen”*. Tesis para optar el grado de maestra en Ciencias de Enfermería. Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú. Fecha de acceso: 01/08/15. Disponible en: Http://www.enfermeria.unal.edu.co/cei/documentos_memorias/v%20encuentro%20zegarra.pdf.

20. Méndez, C y Montero, F. (2012) *Nivel de información y su relación con las prácticas de autocuidado y apoyo familiar percibido en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2*. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad privada Antenor Orrego de Trujillo, Perú. Fecha de acceso: 25/09/15. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/231/3/Alayo_Isaura_Autocuidado_Adultos_Diabetes%28introduccion%29.pdf.
21. Alfaro, V y Mendoza, I. (2013). *Nivel de información sobre diabetes mellitus y nivel de autocuidado en pacientes adultos del programa de control del hospital essalud – Chepén*. Tesis para optar el grado de maestra en Ciencias de Enfermería. Chepén, Perú. Fecha de acceso: 19/10/15. Disponible en : http://ucvvirtual.edu.pe/contenido_web/Docs_Adic/20140408_UCV_-_catalogo_de_tesis_2013-1.pdf.
22. Rosas, I. y Colab. (2004). *Prácticas de autocuidado y su relación con factores biosociales en personas adultas que presentan diabetes mellitus. Hospital Eleazar Guzmán Barrón*. Informe de investigación. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú. Fecha de acceso: 08/11/15. Disponible en: http://ucvvirtual.edu.pe/contenido_web/Docs_Adic/20140408_UCV_-_catalogo_de_tesis_2013-1.pdf.

23. Marín, R y Reyes, E. (2005). *Nivel de autocuidado y su relación con la presencia de complicaciones en el paciente con Diabetes mellitus tipo 2. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón*. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú. Fecha de acceso: 27/09/15. Disponible en: http://ucvvirtual.edu.pe/contenido_web/Docs_Adic/20140408_UCV_-_catalogo_de_tesis_2013-1.pdf.
24. López, J y De la Cruz, E. (2008). *Relación entre el autocuidado y los factores personales y socioeconómicos del usuario con diabetes mellitus tipo2. Hospital "la caleta"*. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote- Perú. Fecha de acceso: 10/09/15. Disponible en: <http://www.uns.edu.pe>.
25. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN (2012). Oficina estadística e informática morbilidad hospitalaria del resumen de tarjetas de hospitalización. Fecha de acceso: 05/07/15. Disponible en: http://hegb.gob.pe/creacion/docs/estadistica/BOLETIN_WEB.pdf.
26. Marriner, T y Raile, A (2010). Modelos y Teorías en Enfermería. (4ta Ed). Unidad III. Cap. 14 teoría del déficit del autocuidado. Editorial: Mosby. España. Pág. 177- 178.
27. García, R y Suarez, R (2007). *La educación de pacientes diabéticos (3ra Ed).* Editoras ciencias médicas. Cuba. Fecha de Acceso: 10/11/2015. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu08207.htm.

28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014). *Diabetes Mellitus tipo 2*. Fecha de Acceso: 26/04/2015 Disponible en: <http://www.who.int/media/centre/factsheets/fs355/es>.
29. MINISTERIO DE SALUD (2014). Estadística e informática. Lima-Perú. Fecha de Acceso: 21/09/2015. Disponible en: [http://www.monografias.com/trabajos94/diabetes-miellitos/diabetes miellitos.shtml](http://www.monografias.com/trabajos94/diabetes-miellitos/diabetes%20miellitos.shtml).
30. Montes, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos conceptuales (5ta Ed)*. México. Editorial Interamericana. Fecha de acceso: 03/11/15. Disponible en: [www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/ 7/13237 /pp.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/pp.pdf).
31. Andreu, R y Sieber, S. (2000). *La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje (1ra Ed)*. España. Fecha de acceso: 10/10/15. Disponible en: [http://es.scribd.com/doc/3005443/gestion-integral-del-conocimiento y del aprendizaje](http://es.scribd.com/doc/3005443/gestion-integral-del-conocimiento-y-del-aprendizaje).
32. GUIA PERUANA DE DIAGNOSTICO CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II (2010) Sociedad Peruana de Endocrinología. Perú. Fecha de acceso: 04/05/15 Coordinador General: Dr. Isaac Crespo Retes. Disponible en: [http://www.endocrinoperu.org/pdf/GuiaPeruanade diagnostico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus 2008.pdf](http://www.endocrinoperu.org/pdf/GuiaPeruanade%20diagnostico%20Control%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf)

33. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). *Datos y cifras sobre Enfermedades No Transmisibles*. Fecha de acceso: 04/05/15. Disponible en: http://www.who.int/media_centre/factsheets/fs355/es/p.
34. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES (2009). *Diabetes y Ejercicio. Grupo de trabajo de Diabetes y Ejercicio de la Sociedad Española de Diabetes*. España. Ediciones Mayo Fecha de acceso: 28/10/15. Disponible en: <http://www.Sediabetes.Org/gestor/upload/file/00000977> archivo. Pdf.
35. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2011). *Diabetes mellitus en el Perú*. Fecha de acceso: 14/08/15. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
36. Orem, D (2007). Normas prácticas de enfermería. (1° Ed). México. Editorial Pirámide S. A. Fecha de acceso: 05/06/15. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004.
37. Valadez, I; Alfaro, N; Centeno, C y Cabrera C. (2010). Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo2. *Investigación en salud*. México Fecha de acceso: 15/10/15. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/artpdfred.jsp?i_cve=14250305 > issn 1405-7980.
38. Quintero I. (2009). *Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2*. 2004. Colombia Fecha de acceso: 24/10/15. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.pdf>.

39. Fachado, A (2010). *Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2*. España. Fecha de acceso: 12/10/15. Disponible en: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498_872439_content.pdf.
40. Mercado, S (2009). *Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara*. *Salud pública (2da Ed)*. México, Fecha de acceso: 02/07/15. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000874>.
41. Robles, I (2007). *El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con Diabetes Mellitus*. *Salud pública*. Madrid – España. Fecha de acceso: 03/08/15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2014000100003&script=sci_arttext.
42. Robles, M y Aldrete, D (2011). La influencia de 3a familia en el control metabólico en el paciente diabético tipo 2. *Salud pública (2da Ed)* .México Fecha de acceso: 03/08/15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100003>.
43. Alfaro, J (2009) . *La familia y el autocuidado de paciente con diabetes mellitus tipo 2*. España. Fecha de acceso: 13/04/15. Disponible en: <Http://www.msssi.gob.es/bibliopublic/publicaciones/docs/mellitus.pdf>.

44. Esparza, E (2008). *Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo 2*. Tesis de maestría no publicada. Universidad autónoma de nuevo león. México. Fecha de acceso: 05/06/15. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/artpdfred.jsp?i_cve=14250305 > issn 1405-7980.
45. Gallegos, D, Cárdenas, R y Salas, G (2008). *La influencia de 3a familia en el control metabólico en el paciente diabético tipo 2*. *Salud publica México* Fecha de acceso: 02/10/15. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000874>.
46. Goicochea, R y Lavado, K (2009). *Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto diabético*. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad los Ángeles de Chimbote. Fecha de acceso: 13/1/15. Disponible en: <http://www.Revista/Chimbote/Salud/publica>.
47. Alcántara, M; Moreno, J y Ramos, C (2012). *Morbilidad y mortalidad Hospitalaria en la Atención Integral del diabético*. *Revista médica IMSS México*. Fecha de acceso: 22/11/15. Disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/pdf/medico/completo.pdf.
48. Norabuena, J (2005). *Capacidad de autocuidado de paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 y su relación con factores individuales y socioculturales en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad Cayetano Heredia. Lima, Perú. Fecha de acceso: 20/10/15. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1017/1/Hidalgo_ce.pdf.

ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es **Apoyo Familiar y Autocuidado del Adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendido en Consultorios Externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2015.**, el propósito de este estudio es conocer la relación entre el Apoyo Familiar y Autocuidado del Adulto con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos en Consultorios Externos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. El presente proyecto investigación está siendo conducida por Cinthia Amelia Andrade Medina y Nancy Beatriz Sánchez Mejía con la asesoría de la docente Ysabel Morgan Zavaleta de la Universidad Nacional del Santa.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta, ala que tomará 20 minutos de mi tiempo. La conversación será grabada, así el investigador o investigadora podrá transcribir los días que haya expresado. Una vez finalizado el estudio las grabaciones serán destruidas.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las entrevistas o encuestas resueltas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza de estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviere alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a algunas preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo comunicarme con:

Nombre del investigador:

Nombre: Cinthia Amelia Andrade Medina

Nombre: Nancy Beatriz Sánchez Mejía

Nombre del Asesor:

Nombre: Dra. Ysabel Morgan Zavaleta

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

FIRMA DEL PARTICIPANTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

ANEXOS N° 02

TEST DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO DIABETICO

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. Dispone: La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. Marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes apoyos cuando lo necesita?	Siempre	A veces	Nunca
1. Las relaciones con sus familiares son buenas.			
2. Ud. Recibe apoyo emocional por parte de sus familiares.			
3. Ud. Recibe apoyo o colaboración por parte del personal de salud.			
4. Durante el transcurso de su enfermedad cuenta con el apoyo de sus familiares.			
5. Se siente satisfecho con el apoyo de sus familiares.			
6. Recibe alguna orientación por parte del personal de salud acerca de su enfermedad.			
7. Los fines de semana lo comparten en familia.			
8. Tiene algún familiar con quien comparte problemas.			
9. Tiene uno o más familiares con quien pueda hablar cuando lo necesite.			
10. Tiene uno o más familiares con quién pasar momentos agradables.			
11. Sientes que tu familia te quiere.			
12. Tiene algún familiar que le lleve al centro de salud cuando lo necesita.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

ANEXO N°03

PUNTAJE DEL TEST: APOYO FAMILIAR DEL ADULTO DIABETICO

ESCALA	PUNTAJE
Siempre	3 puntos
A veces	2 puntos
Nunca	1 puntos

ESCALA	PUNTAJES
Buen Nivel de apoyo familiar	17-24
Regular Nivel de apoyo familiar	9-16
Deficiente Nivel de apoyo familiar	< 8



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

ANEXO N°04

TEST SOBRE EL NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO DIABÉTICO

INSTRUCCIONES: La siguiente encuesta es de carácter confidencial y tiene como propósito conocer las prácticas de autocuidado, por lo que le solicitamos responder con sinceridad marcando con un aspa (x) dentro del paréntesis y la respuesta que Ud. Considere conveniente.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	Siempre	A veces	Nunca
CONTROL MEDICO			
1. Acude Ud. A su control puntualmente.			
2. Cumple con las indicaciones médicas			
3. Toma los medicamentos según instrucciones de su médico			
4. En caso de sufrir fiebre, infección, traumatismos, consulta inmediatamente a su médico.			
5. Se mide la presión arterial mensualmente.			
6. Tiene control cada 6 meses con su cardiólogo.			
7. Acude al médico inmediatamente ante cualquier síntoma inusitado.			
DIETA			
8. Conoce una orientación dietética individualizada.			
9. Participa en la selección de sus alimentos y plan de su dieta.			
10. Sigue la dieta indicada por su médico, nutricionista o enfermera.			
11. Ingiere 3 o más comidas espaciadas regularmente a lo largo del día.			
12. Respeta la dieta de alimentos permitidos y prohibidos.			
13. Evita los extremos de la alimentación.			
14. Excluye el alcohol de su dieta.			
15. Se pesa en forma regular y la registra.			

16. Toma alimentos adicionales cuando realiza actividades de mayor esfuerzo.			
17. Ajusta el horario de sus comidas a su trabajo.			
18. Evita el alimento rico en grasas.			
USO DE MEDICAMENTOS:	Siempre	A veces	Nunca
❖ Hipoglucemiantes Orales			
19. Conoce los efectos colaterales de los hipoglucemiantes.			
20. Solo toma medicamentos prescritos por su médico.			
21. Esta alerta a sus valores de glucosa.			
PRÁCTICAS DE EJERCICIOS			
22. Sigue periódicamente un programa de ejercicios.			
23. Se cuida de realizar ejercicios bruscos extenuantes.			
24. Al realizar ejercicios lleva consigo algo que le identifique como diabético.			
25. Respeta las horas en que debe realizar sus ejercicios basándose en el horario de medicamentos que Ud. toma.			
HIGIENE			
26. Cuida de su higiene personal.			
27. Realiza su higiene diariamente.			
28. Se baña y seca con especial cuidado en las zonas de los pliegues de los pies, ingle y ombligo.			
29. Evita las situaciones que les puedan ocasionar lesiones.			
30. Tiene especial cuidado para con sus pies.			
31. Se lava los dientes y/o prótesis por lo menos dos veces al día.			
32. Usa cepillo con cerdas suaves.			
33. Visita al dentista cada 3 o 4 meses.			
34. Ud. Duerme en promedio de 6 a 8 horas.			
35. Trata de llevar su vida diaria tan normal como sea posible.			



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
E. A. P. ENFERMERÍA

ANEXO N°05

**PUNTAJE DEL TEST: NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO
DIABÉTICO:**

ESCALA	PUNTAJE
Siempre	3 puntos
A veces	2 puntos
Nunca	1 puntos

ESCALA	Puntajes
Buen Nivel de Autocuidado	75-111
Regular Nivel de Autocuidado	38-74
Deficiente Nivel de Autocuidado	00-37