

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INFORME FINAL DE TESIS

**“APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2” HOSPITAL ESSALUD CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS,
DE AYACUCHO, 2018.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

PRESENTADO POR

Bach. CANCHARI CASTRO, ELIZABETH

Bach. ALLCCA ALFARO, ELDIFONSA

AYACUCHO-PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios, nuestro soporte espiritual, por darnos salud.

A nuestros padres, por motivarnos y apoyarnos en todo momento, por sus consejos, valores, fortaleza y amor.

A nuestros hijos, por su amor, ejemplo, comprensión y apoyo para alcanzar las metas previstas.

Eldifonsa y Elizabeth

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga por acogernos en sus aulas universitarias

A los docentes de la Escuela de Enfermería, por ser importantes docentes con experiencia y trayectoria.

A nuestra asesora Dra. Iris Jara Huayta, por su dedicación y apoyo constante en el desarrollo de la tesis.

Al Hospital EsSalud Carlos Tupia García Godos, por las facilidades para acceder a la muestra en estudio.

A los adultos mayores con Diabetes mellitus Tipo 2, por su disposición para participar en la investigación.

**“APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA PRÁCTICA DE
AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2” HOSPITAL ESSALUD CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS,
DE AYACUCHO, 2018.**

CANCHARI CASTRO, ELIZABETH

ALLCCA ALFARO, ELDIFONSA

RESUMEN

El objetivo propuesto fue: determinar la relación del apoyo familiar con la práctica de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Hospital ESSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, 2018, los materiales y métodos fueron: estudio cuantitativo – no experimental, descriptivo, de corte transversal, relacional; la muestra fue constituida por 41 usuarios con Diabetes mellitus tipo 2 que acudieron al Hospital de ESSALUD, las Técnicas e instrumentos utilizados fueron; Entrevista y observación (Ficha de Observación); cuestionario y guía de observación. Los resultados nos muestran que el 58.5% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 tienen apoyo parcial por parte de sus cuidadores o familiares; mientras que el 41.5% tienen apoyo total por los miembros de sus familias; el 65.9% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas; mientras que el 34.1% presentan prácticas de autocuidado adecuadas. Se concluye que existe asociación entre ambas variables; es decir las prácticas de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 están relacionadas ($p < 0.05$) al apoyo de la familia.

Palabra clave: Apoyo familiar y autocuidado, Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

**"SUPPORT FAMILY AND ITS RELATIONSHIP TO THE PRACTICE OF
SELF-CARE IN ADULTS ADULTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2"
HOSPITAL ESSALUD CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS, AYACUCHO, 2018**

CANCHARI CASTRO, ELIZABETH
ALLCCA ALFARO, ELDIFONSA

ABSTRACT

The proposed objective was to: determine the relationship of the family support the practice of self-care in older adults with diabetes mellitus type 2. Hospital ESSalud Carlos Tupia García Godos, of Ayacucho, 2018, materials and methods were: quantitative study - non-experimental, descriptive, Transection / relational; the sample was constituted by 41 users with Diabetes mellitus type 2, who came to the Hospital ESSALUD, techniques and instruments used were; Interview and observation (observing Jack); questionnaire and observation guide. The results show that 58.5% of older adults with type 2 diabetes mellitus have partial support from carers or family members; while 41.5% have full support by the members of their families; 65.9% have inadequate self-care practices; While the 34.1% present appropriate self-care practices. It is concluded that there is association between the two variables; is the practice of self-care in older adults with type 2 diabetes mellitus are related ($p < 0.05$) to the support of the family.

Key words: self care and family support, older adults with type 2 diabetes mellitus.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	v
INTRODUCCIÓN	01
I. REVISIÓN DE LITERATURA	
1.1. Antecedentes referenciales	07
1.2. Base teórica	16
1.3. Hipótesis	30
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Enfoque de investigación	31
2.2. Nivel de investigación	31
2.3. Tipo de investigación	31
2.4. Diseño de investigación	31
2.5. Área de estudio	31
2.6. Población	31
2.7. Muestra	31
2.8. Técnica e instrumento de recolección de datos	32
2.9. Procedimiento de recolección de datos	32
2.10. Procesamiento y análisis de datos	32
III. RESULTADOS DEL ESTUDIO	33
IV. DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción auto inmunitario de las células β del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina ⁽¹⁾.

Según estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta, ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos ⁽²⁾.

Todos los tipos de diabetes pueden provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos ⁽³⁾. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones ⁽⁴⁾.

Según la OMS, “todos los años mueren en el mundo 3.2 millones de personas por causas directamente relacionadas con la diabetes, como retinopatía,

neuropatía y nefropatía diabética. En América Latina la situación es grave ya que hay 13,3 millones de enfermos y se calcula que habrá 33 millones en el 2030”⁽⁵⁾

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo⁽⁶⁾.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece 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 actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería⁽⁷⁾.

Los cálculos más recientes de la Federación Internacional de Diabéticos (FID) indican que el 8,3% de los adultos (382 millones de personas), tienen diabetes,

y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. Por otra parte, el 80% del número total de afectados que viven en países de ingresos medios y bajos, donde la epidemia se está acelerando a un ritmo alarmante; las últimas cifras del Atlas de la Diabetes de la FID proporcionan una indicación preocupante del impacto futuro de la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial ⁽⁸⁾.

En América, en el 2013, había 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%⁽⁹⁾. En México, existe una prevalencia del 10,7% en personas de 20 a 69 años de edad ⁽¹⁰⁾.

Según datos de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud de Perú en el año 2009, la Diabetes Mellitus fue la décimo quinta causa de mortalidad afectando al 14% de peruanos, siendo Lima y Piura, los más afectados. Cifras alarmantes que reflejan alguna situación que ha conllevado a descuidar la salud; por lo que debemos comprender qué situación está influyendo a que el paciente no se identifique con su enfermedad ⁽¹¹⁾.

Hijar observó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar. La familia es la institución más fuerte de la sociedad, entre sus funciones esenciales está prestar apoyo a los miembros que la integran, pues está contribuye a mejorarla salud de quienes lo conforman y se ve reflejado en el nivel de auto cuidado que posee el individuo. El autocuidado es una actividad aprendida d e s d e

pequeño y se da respuesta de acuerdo a la experiencia que cada uno haya vivido en su proceso de vida. Por lo tanto, es necesario incorporar a la familia o familiar cuidador cercano, en el proceso de la enfermedad para obtener buena comprensión ya sea del paciente y su familia logrando así adecuado apoyo familiar y buenas prácticas de autocuidado para mejorarla calidad de vida de las personas que padecen de diabetes mellitus tipo 2⁽¹²⁾.

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente

Existen diferentes definiciones de auto cuidado que son dadas en contextos culturales y sociales específicos. En los países del continente Americano, el auto cuidado se refiere a las acciones que las personas adoptan en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; éste es definido como prácticas realizadas por las personas y familias mediante las cuales son promovidos comportamientos positivos de salud, en la prevención de enfermedades y en el tratamiento de los síntomas⁽¹⁶⁾.

Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para manutención de su calidad de vida y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad. En particular para las personas con diabetes mellitus tipo 2, cuya prevalencia está asociada al estilo de vida; introducir cambios en los hábitos diarios puede constituir estrategia efectiva en la prevención de la enfermedad.

Durante nuestras prácticas pre profesionales, realizado en los diferentes

centros de salud y hospitales, se observó que muchos pacientes con diabetes asisten a su control sin la presencia de un familiar, lo cual implica falta de interés, descuido, desconocimiento de la enfermedad, Asimismo al interrelacionarnos con los pacientes diabéticos podemos extraer que realizan una práctica de autocuidado inadecuado, pues tenían muchas necesidades insatisfechas, no sabía cómo cuidar su salud, la alimentación, la medicación sin supervisión, por lo que inferimos que las complicaciones y manifestación están incrementándose sólo por falta de apoyo familiar.

Las referencias señaladas en párrafos anteriores y la observación durante las prácticas de pre grado, motivaron la realización del presente estudio titulado: APOYO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL USUARIO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 HOSPITAL ESSALUD CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS, DE AYACUCHO, 2018; siendo el enunciado del problema: ¿En qué medida, el apoyo familiar se relaciona con la práctica de autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2? Hospital ESsalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, ¿2018? El objetivo General propuesto fue: Determinar la relación del apoyo familiar con la práctica de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Hospital EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, 2018. Los objetivos específicos:

- Establecer el apoyo familiar que reciben los adultos mayores con diabetes mellitus de tipo 2 que acuden al Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, 2018.
- Identificar la práctica de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho.

- Establecer la relación del apoyo familiar con el autocuidado realizado por los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho.

El diseño metodológico propuesto fue: cuantitativo – no experimental, descriptivo, de corte transversal, relacional. La Población fue constituida por 41 usuarios con Diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital de ESSALUD. Las Técnicas e instrumentos utilizados son; Entrevista y observación (Ficha de Observación); cuestionario y guía de observación.

La hipótesis propuesta fue: Existe relación entre el apoyo familiar y práctica del autocuidado en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho.

Los resultados nos muestran que el 58.5% de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 tienen apoyo parcial por parte de sus cuidadores o familiares; mientras que el 41.5% tienen apoyo total por los miembros de sus familias; el 65.9% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas; mientras que el 34.1% presentan prácticas de autocuidado adecuadas. Se concluye que existe asociación entre ambas variables; es decir las prácticas de autocuidado de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 están relacionadas ($p < 0.05$) al apoyo de la familia.

La tesis ha sido estructurada en cinco secciones: Introducción, revisión de literatura, materiales y métodos, resultados y discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

I. REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional

El estudio titulado: Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de Agencia de Autocuidado, Cartagena, Colombia (2012) ⁽¹⁹⁾, realizado por Herrera et al, con el **Objetivo:** Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena.

Material y Métodos: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas.

Resultados: Predominó el sexo femenino 68,4 %. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el

conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

La Investigaron: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento, realizado por Azzollini (2013) ⁽²⁰⁾ et al, con el Objetivo de: Analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos. **Material y método:** Estudio descriptivo correlacional. Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de diabetología cuatro hospitales públicos seleccionados durante el año 2010. Se administró un cuestionario de datos personales y de percepción de apoyo social familiar y laboral, y, una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado. **Resultados:** 57% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 eran mujeres. En cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expreso que su familia los apoya siempre, el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar. **Concluyeron** que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.

La Investigación titulada Incidencia de la Actividad Física en el Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 realizado por Paucar (2010) ⁽²¹⁾, en los diabéticos de la Asociación de Diabéticos del Sur de Quito (ADSUR), en el periodo Mayo – Julio del 2008. Paucar (2010). **Objetivo:** Identificar la relación que existe

entre la actividad física y el control de la diabetes tipo 2. **Material y Método:** La investigación a realizarse es de tipo correlacional, la población está integrada por treinta diabéticos de la Asociación de Diabéticos del Sur de Quito en razón de que la investigación requiere instrumentos y materiales costosos; se va a realizar aleatoriamente la selección de veinte personas que integrarán la muestra. Para medir la variable actividad física se utilizará el cuestionario IPAQ, avalado por la OMS. Para medir la variable diabetes tipo 2 se utilizará el glucómetro. El Glucómetro dará la información de cómo se encuentra el nivel de glucosa antes y después de cada práctica diaria de actividad física. **Resultados:** El 54% de quienes participaron en este programa tuvieron un nivel de actividad física elevado, y un 46% de las personas que participaron tuvieron un nivel moderado de actividad física; todo esto antes de comenzar las prácticas de actividad física. **Conclusión:** Los resultados de la investigación comprueban la hipótesis propuesta, ya que la práctica regular de actividad física permitió controlar la hiper glucemia después que esta aparecía en el estado basal o postprandial del diabético; demostrando que la actividad física es indispensable para un buen control glucémico del diabético.

La Investigación titulada: Apoyo familiar en la prevención del pie diabético en Guatemala (2008) ⁽²²⁾, realizado por Cho. Con el **Objetivo:** Establecer el apoyo emocional, terapéutico y los cuidados que la familia proporciona al paciente para evitar el pie diabético. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, 30 pacientes de sexo masculino y femenino de 45 a 65 años diagnosticados con diabetes mellitus que fueron atendidos en la consulta externa del Seguro Social de Santa Lucía Cotzumalguapa. **Resultados:** El 67% de

pacientes con diabetes tipo 2 corresponde al sexo masculino, en relación a que si la familia del paciente diabético conoce la importancia de los cuidados para evitar complicaciones del (pie diabético) el 80% respondió que no. **Concluyeron** que: Los cuidados que le brinda la familia al paciente para evitar complicaciones del pie diabético es deficiente aunque participa de sus cuidados de manera pronta y segura cuando el paciente esta descompensado o en crisis, pues cuando este puede valerse por sí solo no se preocupan por él.

El estudio titulado: Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Perú (2012)⁽²³⁾, cuyo objetivo fue; evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. **Material y Métodos:** Mediante un estudio, cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Resultados; en el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%). Conclusiones: la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo.

El estudio titulado: Influencia del apoyo social en el control del paciente

diabético tipo 2. México (2006) ⁽²⁴⁾, cuyo objetivo fue; Identificar la influencia que existe entre el apoyo social y el control del paciente con DM tipo 2 en una unidad de primer nivel de atención. Conocer la confiabilidad de consistencia interna que tiene el cuestionario de Duke-UNC-11 al ser aplicado en sujetos mexicanos. Mediante un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo. Entre otros encontró los siguientes resultados: El 29.9% de los pacientes no pertenecen a ningún grupo de apoyo. La glucemia del último mes muestra que 75.8% de los pacientes están descontrolados. El apoyo social que recibe el paciente diabético es normal en 64.3% y en 35.7% es percibido como bajo apoyo social. La relación entre el apoyo social y el control de los niveles de glucemia actual mostró una correlación negativa con una $p = 0.000$. Finalmente concluye, los que tenían una pareja sentimental recibieron apoyo social normal casi tres veces más, que aquellos que no tenían. Existe diferencia entre el pertenecer o no a un grupo de apoyo en la percepción del apoyo social. El 33.5% de los pacientes no controlados perciben un apoyo social bajo. Esta relación se puede utilizar como herramienta en la atención primaria.

El estudio titulado: La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Colombia (2014) ⁽²⁵⁾, cuyo **objetivo fue**; Describir y comparar por sexo la calidad de vida percibida por los adultos con enfermedad diabética tipo 2, pertenecientes a instituciones de salud del primer nivel de atención. **Material y Métodos**: Mediante un estudio observacional; Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, con una muestra constituida por 287 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio mediante expresión verbal del consentimiento informado. **Resultados**: Entre otros encontró los

siguientes resultados; De los pacientes diabéticos tipo 2 que participaron en el estudio, el 62,3% tenía una calidad de vida media, respecto a la percepción subjetiva del estado de salud, el 46,7% consideró tener un estado de salud bueno. **Conclusión:** El estudio mostró que los 287 pacientes diabéticos tipo 2 perciben que la calidad de vida no se afecta en gran medida por la presencia de la enfermedad.

A nivel Nacional

La investigación titulada: Conocimientos que tienen los Pacientes Diabéticos y sus Familiares sobre la enfermedad y sus Cuidados en el Hogar, en el HNDAC, Lima(2008)⁽¹²⁾. Con el **Objetivo de:** determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. **Material y Métodos:** Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario utilizando para los pacientes como para su familiar. **Resultados:** En cuanto a los aspectos generales de los pacientes encontró que 58,6% son varones. Asimismo 54,6% poseen edad entre 51 – 60 años. Acerca del grado de instrucción 64% han cursado nivel secundario entre completa e incompleta, 20% estudios nivel primario. En cuanto a los datos generales de los familiares de los pacientes diabéticos tenemos 72% son de sexo femenino, en cuanto a la edad tenemos 44% sus edades comprenden

entre 31- 45 años. 54,6% tienen un nivel de instrucción de secundaria. En cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos se puede deducir que la mayoría presenta un nivel de conocimiento medio 48%, y los familiares presentan un nivel de conocimiento bajo 38,7%. **Conclusiones:** que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto.

El estudio titulado: Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito De Pachacamac. Perú (2013) ⁽²⁶⁾, cuyo **objetivo** fue; Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana. **Material y Métodos:** mediante un estudio observacional; Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores, muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Entre otros, encontró los siguientes resultados; de los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. **Conclusiones:** Finalmente concluyo; Se

encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental.

El estudio titulado: Apoyo Familiar Y Prácticas De Autocuidado Del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito De Pachacámac. Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada A La Universidad Ricardo Palma.pag.14-75. Chimbote, Anacash, 2010⁽²⁶⁾. Cuyo **objetivo fue:** Determinar la relación entre el Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. **Material y Métodos:** De enfoque cuantitativo, de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional se aplicó dicha investigación a un universo maestral de 103 adultos maduros; utilizando los siguientes instrumentos: la Escala del Estilo de Vida y la Escala de Autocuidado. Los datos fueron procesados en el software especializado de estadística, SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. **Resultados:** Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. **Conclusión:** Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado.

A nivel local

Pillaca Ayacucho (2011) en su trabajo realizado: Educación farmacéutica en la

calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II del Hospital Regional de. El objetivo fue Demostrar la mejora de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en pacientes con Diabetes tipo II, que recibieron educación Farmacéutica. Material y Método: La muestra estuvo conformada por veinte pacientes con diagnóstico definitivo de Diabetes tipo II, que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho en agosto del 2011. Siendo evaluados al inicio y final de la investigación con el cuestionario de CVRS SF-36. La educación farmacéutica duro 6 meses determinándose adicionalmente en cada sesión parámetros clínicos (glicemia, hemoglobina glicosilada e índice de masa corporal) Resultados: El sexo predominante, fue el Masculino. El grupo etario, de 63 a 72 años fue el predominante. La calidad de vida relacionada a la salud mejoró en lo Físico en un 51,10% y en lo mental en un 84,8% ($p < 0,05$). La glicemia media tuvo un porcentaje de variación de hasta un 24,2% ($p < 0,05$). La media de la Hemoglobina Glicosilada disminuyó en un 25,3% ($p < 0,05$). El índice de masa corporal, no sufrió variación ($p > 0,05$), los datos fueron procesados por el programa SPSS 16. **Conclusión** La calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo II del hospital regional de Ayacucho, mejoró luego de la educación farmacéutica; Los pacientes diabéticos tipo II, del hospital regional de Ayacucho; en su mayoría fueron del sexo masculino y la edad predominante fluctuó entre los 63 a 72 años.; La calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes diabéticos tipo 11, antes de la educación farmacéutica fue de regular en la dimensión mental y de bueno en la dimensión física; después de la educación farmacéutica ambas dimensiones fueron muy buenas y Los parámetros clínicos como son la glicemia, .índice de masa corporal y hemoglobina glicosilada de los pacientes

diabéticos tipo II, fueron controlados favorablemente para el paciente a excepción del índice de masa corporal el cual no sufrió una variación significativa

1.2. BASES TEÓRICAS

APOYO FAMILIAR

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.

El Apoyo Familiar 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 e uso de 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.

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 ⁽²⁷⁾.

De acuerdo a Valadez ⁽²⁸⁾: 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 miembro deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros ,sino también el funcionamiento general de la dinámica familia.

Tipos de apoyo familiar

El apoyo social y familiar puede dividirse en diferentes tipos: emocional, informacional e instrumental.

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 o 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. Según Valadez F. considera el apoyo

informativa: 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 ⁽²⁹⁾.

Según Berbiglia V., Banfield B 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 ⁽³⁰⁾.

Para Valadez F ⁽²⁸⁾, 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.

Importancia del apoyo familiar

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 ⁽¹⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud ⁽²³⁾ 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.

El Apoyo Familiar 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 e uso de 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.

AUTOCAUIDADO

La agencia de autocuidado integra un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas y de comprender sus características y el significado de estas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer, y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación ⁽³³⁾.

2.3.2 Prácticas de autocuidado en el paciente diabético tipo 2

El paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. 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.

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. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia 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, cuidado de los ojos, control de la presión arterial 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 ⁽³⁴⁾.

Control Médico

Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso.

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. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa ⁽³⁵⁾.

Cuidado dietético

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. 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 (embarazo, etcétera), 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 de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). 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. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- 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 (recomendación D). Los jugos pueden tomarse como sobre mesa, 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. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed (precaución).
- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
- La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Se

recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res). Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos 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, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

Ejercicio físico

En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina. El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.

- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.
- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.).

Cuidado de los pies

Incluye aseo adecuado, secado, lubricación, también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la 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. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa.

Cuidado Oftalmológico

Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves.²⁹

ADULTO MAYOR.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejas, ancianas, geronte, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que de 204 millones de personas de 60 y más años que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millón.

DIABETES MELLITUS.

Es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina⁽³⁵⁾.

Según la OMS, define la **Diabetes Mellitus** como un estado de hiperglucemia crónica producidos por diversos factores: genéticos, alimenticios, etc. La hormona insulina secretada por las células Beta del Páncreas el principal

regulador de la concentración de azúcar en la sangre. Cuando esta hormona no se produce eficientemente la concentración del azúcar se incrementa ⁽³⁶⁾.

Diabetes Mellitus tipo 2:

Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere).

PREVENCIÓN.

La prevención de la diabetes y sus complicaciones implica un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión.

Esta prevención se puede realizar en tres niveles:

Prevención primaria

Tiene como objetivo evitar la enfermedad. En la práctica es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición.

Se proponen dos tipos de estrategias de intervención primaria:

1. En la población general para evitar y controlar el establecimiento del síndrome metabólico como factor de riesgo tanto de diabetes como de enfermedad cardiovascular. Varios factores de riesgo cardiovascular son potencialmente modificables tales como obesidad, sedentarismo, dislipidemia, hipertensión arterial, tabaquismo y nutrición inapropiada. Puesto que la probabilidad de beneficio individual a corto plazo es limitada, es necesario que

las medidas poblacionales de prevención sean efectivas a largo plazo. Las acciones de prevención primaria deben ejecutarse no sólo a través de actividades médicas, sino también con la participación y compromiso de la comunidad y autoridades sanitarias, utilizando los medios de comunicación masivos existentes en cada región (radio, prensa, TV, etcétera).

2. En la población que tiene un alto riesgo de padecer diabetes para evitar la aparición de la enfermedad. Se proponen las siguientes acciones:

- Educación para la salud principalmente a través de folletos, revistas, boletines, etcétera.
- Prevención y corrección de la obesidad promoviendo el consumo de dietas con bajo contenido graso, azúcares refinados y alta proporción de fibra
- Precaución en la indicación de fármacos diabetogénicos como son los corticoides.
- Estimulación de la actividad física.

Prevención secundaria

Se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de la diabetes como estrategia de prevención a este nivel.

Tiene como objetivos:

- Procurar la remisión de la enfermedad, cuando ello sea posible.
- Prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas
- Retardar la progresión de la enfermedad.
- Las acciones se fundamentan en el control metabólico óptimo de la diabetes.

Prevención terciaria

Está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y a rehabilitar al paciente discapacitado.

Tiene como objetivos:

- Detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad.
- Evitar la discapacidad del paciente causada por etapas terminales de las complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, amputación, etcétera.

CONSECUENCIAS.

La diabetes no es una enfermedad mortal si se controla y se trata adecuadamente. Pero si no, sus consecuencias pueden llegar a ser muy graves:

- **Ateroesclerosis:** Tanto la diabetes mellitus tipo 2 como el síndrome metabólico favorecen la acumulación de grasa en las arterias, haciendo que la sangre fluya peor, lo que puede afectar al corazón, el cerebro y las extremidades.
- **Retinopatía:** Los altos niveles de azúcar en la sangre dañan los vasos sanguíneos de la parte posterior del ojo. Si no detecta y se trata a tiempo, puede conducir a la ceguera.
- **Neuropatía:** La forma más común producida por la diabetes es la neuropatía periférica, es decir, el daño de los nervios de las piernas. La neuropatía causa dolor y adormecimiento de las piernas, que puede extenderse, si no se trata, a brazos y manos. A largo plazo, la neuropatía provoca daños a los nervios que controlan las funciones autonómicas, como la micción, la digestión o la función

sexual.

– **Daños renales:** El azúcar en la sangre también puede dañar a los riñones, con lo que no cumplirían su función de eliminar los deshechos adecuadamente. A esta enfermedad se le llama nefropatía diabética, y si no se trata correctamente, puede causar insuficiencia renal, requiriendo diálisis y un trasplante.

TRATAMIENTO.

Tratamiento no farmacológico de la DM2.

El tratamiento no farmacológico y en particular la reducción de peso en el obeso, sigue siendo el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de la persona con Diabetes mellitus tipo 2. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.

Tratamiento farmacológico de la Diabetes mellitus tipo 2.

Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antidiabéticos en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida.

1.3. HIPÓTESIS.

1.3.1. Hipótesis de investigación

Existe relación entre apoyo familiar y práctica del autocuidado en adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho.

CAPÍTULO II

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACION: El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN: Aplicativo.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo, correlacional.

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: De acuerdo a la recolección de datos: Transversal.

2.5. AREA DE ESTUDIO:

Se realizó en el Hospital de EsSALUD -Carlos Tupia García Godos. Ubicado en Av. Venezuela S/N Canaán Alto - San Juan Bautista.

2.6. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 41 adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Hospital de EsSALUD- Carlos Tupia García Godos. Y los familiares que brindan su apoyo.

2.7 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores identificados para la investigación.

2.7.2. MUESTREO: No probabilístico intencional.

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnica: Entrevista y observación.

Instrumentos: cuestionario y guía de observación

2.9. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó en cuatro momentos:

Primer momento: La recolección de datos se realizó previa gestión para la autorización formal de la dirección del Hospital de EsSALUD.

Segundo momento: Identificación de la unidad de estudio, información, sensibilización y consentimiento previo.

Tercer momento: Aplicación de los instrumentos.

Cuarto momento: Revisión de la calidad de los instrumentos.

2.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.

La información recabada fue ingresada en la hoja de cálculo Excel y procesadas con el soporte del paquete estadístico SPSS 22.0, procediendo luego a realizar el análisis de los datos obtenidos, empleando métodos que proporcionan la estadística descriptiva y la estadística Inferencial, tales como: Prueba estadística de chi cuadrada. Finalmente, los resultados obtenidos fueron discutidos con la información obtenida en los antecedentes y en el marco teórico que permitieron plantear las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados del estudio.

CAPITULO III
RESULTADOS DEL ESTUDIO

TABLA N° 01

**APOYO FAMILIAR QUE RECIBEN LOS ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS DE TIPO 2 QUE ACUDEN AL HOSPITAL-ESSALUD
CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS, AYACUCHO, 2018.**

APOYO FAMILIAR	N°	%
APOYO TOTAL	17	41,5
APOYO PARCIAL	24	58,5
TOTAL	41	100

Fuente. Ficha de evaluación de apoyo familiar.

En la tabla N° 01, del 100% (41) de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que reciben apoyo por parte de sus familias, se identifica que el 58.5% (24) reciben apoyo parcial por parte de sus cuidadores o familiares; mientras que el 41.5%(17) refieren recibir apoyo total por parte de los miembros de su familia.

TABLA N° 02

**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL HOSPITAL -ESSALUD
CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS, AYACUCHO 2018.**

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	N.º	%
ADECUADO	14	34.1
INADECUADO	27	65.9
TOTAL	41	100

Fuente. Ficha de cotejo de prácticas de autocuidado.

En la tabla N. ° 02; del 100% (41) de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que asisten al Hospital – EsSalud Carlos Tupia García Godos, se identifica que el 65.9% (27) presentan prácticas de autocuidado inadecuadas; mientras que el 34.1% (14) presentan prácticas de autocuidado adecuadas.

CUADRO N° 03

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN RELACION AL APOYO FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN AL HOSPITAL -ESSALUD CARLOS TUPIA GARCÍA GODOS, AYACUCHO 2018

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	APOYO FAMILIAR				TOTAL	
	APOYO TOTAL		APOYO PARCIAL		N°	%
	N°	%	N°	%		
ADECUADO	13	31.7	1	2.4	14	34.1
INADECUADO	4	9.8	23	56.1	27	65.9
TOTAL	17	41.5	24	58.5	41	100

Fuente. Ficha de evaluación de apoyo familiar y ficha de cotejo de prácticas de autocuidado

Pearson chi2 (1) = 23.1353 Pr = 0.000

En la tabla N° 03 se puede identificar que, del 100% (41) de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2; el 41.5% recibe apoyo total por los miembros de su familia; de los cuales se identifica que el 31.7% presentan prácticas de autocuidado adecuadas; mientras que el 9.8% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas. El 58.5% recibe apoyo parcial por los miembros de su familia; de los cuales se identifica que el 56.1% presentan prácticas de autocuidado inadecuadas; mientras que el 2.4% presentan prácticas de autocuidado adecuadas.

Para la contrastación de la Hipótesis de investigación del presente estudio se utilizó la prueba de **Chi cuadrado de Pearson** que se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes

entre ambas, de haberlas, se deben al azar. También se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia; como las que se utilizó en el presente estudio; con la finalidad de determinar si una variable está asociada a otra variable.

Se observa un valor de Pearson χ^2 calculado= 23.1353 gl = 1 grado de libertad y $Pr=0.000$ (en rojo) menor que 0.05; por lo que; las prácticas de autocuidado está asociado al apoyo de la familia de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital ESSALUD. Ayacucho 2017

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta representa el 90% de los casos mundiales. La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. Es así que es necesario un adecuado apoyo familiar donde la familia es considerada la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia contribuye a mejorar la salud a través de las actividades básicas: proporciona dieta, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado y uso de componentes en la presencia de la enfermedad. Además cabe señalar que las personas de la tercera edad en considerables casos necesitan refuerzo ya que sus funciones sistemáticas, cognitivas van disminuyendo requiriendo entonces la ayuda en el cuidado.

Por otro lado, el autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo y dirigida hacia sí mismo o hacia en entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Como se puede advertir en la Tabla N° 01, los pacientes entrevistados presentan apoyo familiar parcial y en otros casos al apoyo es total; lo que muestra que los familiares de alguna forma muestran preocupación por el bienestar de paciente diabético y los riesgos de complicaciones si no tiene un cuidado adecuado.

Con respecto a nuestros hallazgos, en la investigaron: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento, realizado por Azzollini (2013) ⁽²⁰⁾ et al, cuyo objetivo fue analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos; identificó en cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expreso que su familia los apoya siempre, el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar. Concluyeron que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.

Asimismo la investigación “Apoyo familiar en la prevención del pie diabético en Guatemala (2008)²², realizado por Cho; tuvo como objetivo establecer el apoyo emocional, terapéutico y los cuidados que la familia proporciona al paciente para evitar el pie diabético, los resultados a los que arribaron fueron; en relación a que si la familia del paciente diabético conoce la importancia de los cuidados para evitar complicaciones del (pie diabético) el 80% respondió que no. Concluyeron que: los cuidados que le brinda la familia al paciente para evitar complicaciones del pie diabético es deficiente

aunque participa de sus cuidados de manera pronta y segura cuando el paciente esta descompensado o en crisis, pues cuando este puede valerse por sí solo no se preocupan por él.

Con respecto a nuestros hallazgos, la investigación de Azollini y Cho; en la que determinan que el apoyo social, familiar y laboral es muy importante en el proceso de adhesión al tratamiento y en la prevención de complicaciones, coinciden con los resultados que se presentan; por lo que se concluye que el apoyo familiar en el caso de pacientes con diabetes mellitus tipo 2; más aún si estos son **adultos mayores es muy importante para la prevención de futuras complicaciones así como para la adhesión al tratamiento y medidas preventivas.**

De igual manera, es fundamental que el paciente con diabetes tenga un autocuidado de sí mismo y hacia las respuestas físicas de la enfermedad, teniendo en cuenta los factores que le predisponen como las condiciones de vida el paciente, nutrición, ejercicios, estrés, el nivel socioeconómico y cultural, acceso de salud, entre otros. Los pacientes con diabetes muestran a veces poco interés en llevar en práctica todas las indicaciones, y prácticas de autocuidado que se les recomienda en el Hospital. Al entrevistarnos con los pacientes diabéticos, ellos refirieron lo siguiente: “yo me cuido mucho, pero siento que no vale mucho”, “eso de cuidarse es privarse de muchas cosas”, “es muy cara esta enfermedad porque tienes que entrar a dieta”, “hay cuidados que me gustaría aprender pero tengo muchas dudas”.

Es por ello que en la Tabla N° 02, se identifica que las prácticas de autocuidado por parte de los adultos mayores con diabetes mellitus son inadecuados en un

65.9%, pudiendo generar riesgo de complicaciones.

Al respecto en el estudio titulado: Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena, Colombia (2012) ⁽¹⁹⁾, realizado por Herrera et al, con el objetivo de Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Estudio de diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas. Resultados: Predominó el sexo femenino 68,4 %. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

En el estudio: Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Perú (2012)⁽²³⁾, cuyo objetivo fue; evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. Material y Métodos: Mediante un estudio, cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte.

Resultados; en el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%). Conclusiones: la educación participativa involucra al paciente como generador de su propio aprendizaje al establecer un vínculo entre la teoría y la práctica, con lo que logra un efecto en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable y, como consecuencia, en el control de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo.

Nuestros resultados muestran que el proceso de autocuidado por parte de los adultos mayores requiere ser mejorado, de tal forma que mejore los mecanismos de prevención de complicaciones.

La tabla 03 nos muestra que las prácticas de autocuidado son adecuadas cuando también el apoyo familiar es total (31.7%); en relación a ello el estudio titulado: Apoyo Familiar y Prácticas de Autocuidado del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito De Pachacamac. Perú (2013)⁽²⁶⁾, cuyo **objetivo** fue; Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana. Material y Métodos: mediante un estudio observacional; Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores, muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Entre otros, encontró los siguientes resultados; de los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la

que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%.

Conclusiones: Finalmente concluyo; Se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental.

El estudio titulado: Apoyo Familiar Y Prácticas De Autocuidado Del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito De Pachacámac. Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada A La Universidad Ricardo Palma.pag.14-75. Chimbote, Anacash, 2010⁽²⁶⁾. Cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre el Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. Material y Métodos: De enfoque cuantitativo, de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional se aplicó dicha investigación a un universo maestral de 103 adultos maduros; utilizando los siguientes instrumentos: la Escala del Estilo de Vida y la Escala de Autocuidado. Los datos fueron procesados en el software especializado de estadística, SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Resultados: Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado

medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado.

Nuestros resultados coinciden con los revisados anteriormente, es importante el apoyo familiar para el desarrollo de un autocuidado adecuado. La prueba estadística Chi cuadrada nos permite identificar que existe asociación entre ambas variables. Por lo que se concluye que las prácticas de autocuidado adecuadas están relacionadas al apoyo familiar total.

Teniendo en cuenta todo lo presentado, es importante que las personas sean conscientes de la enfermedad y reconozcan los síntomas y consecuencias fatales de la diabetes, ya que en muchos casos esta situación afecta directamente a la misma persona en su estructura física, mental, social, e indirectamente a su familia, a su entorno social, provocando gastos de forma directa o indirecta en detrimento de sus ingresos para su tratamiento e intervención preventiva debido a la desconocimiento de los signos de riesgo de la enfermedad. Hay información importante y preocupante respecto al desconocimiento de los pacientes, sobre las medidas preventivas y complicaciones de la diabetes, así como conocimiento inadecuado sobre la enfermedad. Como profesionales de Enfermería se tiene que trabajar mucho en la prevención de la enfermedad y la promoción de estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES

1. Las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Hospital -EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho están relacionadas ($p < 0.05$) al apoyo familiar recibido por los familiares de estos. Con ello se contrasta la hipótesis.
2. El apoyo familiar que reciben los de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital - EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho mayoritariamente es **parcial** (58.5%); mientras que el (41.5%) apoyo total recibidos por los miembros de sus familias este resultado contrasta con el primer objetivo.
3. Las prácticas de autocuidado de adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital - EsSalud Carlos Tupia García Godos, de Ayacucho, son prácticas de autocuidado inadecuadas en su mayoría (65.9%) con los consiguientes riesgos de complicaciones que puedan generar; mientras que sólo el 34.1% presentan prácticas de autocuidado adecuadas.

RECOMENDACION

Posterior a las conclusiones se realiza las siguientes recomendaciones:

- Incentivar la formación de grupos o club de apoyo familiar en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 para así afianzar conocimientos y prácticas de autocuidado sobre esta enfermedad, lo cual es muy importante para la prevención de futuras complicaciones así como para la adhesión al tratamiento y medidas preventivas.
- Coordinar con instituciones de salud para el planteamiento de programas educativas, visitas domiciliarias y campañas de vida saludable de diabetes mellitus dirigidos a los familiares y pacientes.
- A los profesionales de Enfermería del Hospital - EsSalud Carlos Tupia García Godos, promover el autocuidado en los adultos mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acuden al Hospital.
- A la Escuela profesional de Enfermería, proporcionar a los estudiantes, temas de autocuidado en enfermedades crónico degenerativas para disminuir el riesgo de complicaciones.
- Incitar al profesional de enfermería y a otros equipos de salud que realicen un refuerzo en puntos de debilidad en club formado por parte de pacientes con diabetes mellitus tipo dos en Hospital EsSalud Carlos Tupia Godos.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.
2. Organización Mundial de la Salud Informe mundial sobre la diabetes
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Fecha de publicación: Abril de 2016.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la diabetes. Resumen de Orientación, 2016
5. OMS. Diabetes Mellitus. Perú (en línea). España: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es (15 de mayo))
6. Taylor SG. Dorothea E. Orem, teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007, p. 267-295.
7. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet].España.[septiembre 2011;consultado 10de mayo del 2012] Disponible en :http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
8. ATLAS de la DIABETES de la Federación Internacional de Diabetes (FID).6ª edición 2013. Traducción: Data Translations International.PAG. 9.
9. Seclén S. et al Cohorte Peruana de Diabetes Obesidad y Estilos de Vida en el Perú (Datos sin publicar).
10. Amador M, Márquez F, Sabido A. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo2.Redaly,2007;(9),2:99-10.México.[Consultado20abril del2012]Disponible en:www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf.
- 11.. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2006.
12. Hajar A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC.[tesis de licenciatura].Lima/Perú: Universidad Nacional San Marcos ;2008.

13. Seiffge-Krenke, I. (2001). Diabetic adolescents and their families. Cambridge, MASS: Cambridge University Press.
14. Morales, A. et al. (2001), Control metabólico, estrato socioeconómico y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Estudio de la Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado", Decanato de Medicina; Estado Lara, México.
15. Arredondo Montes de Oca, A.; Márquez Cardoso, E.; Moreno Aguilera, F.; Bazán Castro, M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 43-48.
16. Organización Panamericana de Salud. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Chile (Santiago): Organización Panamericana de la Salud; 2006.
17. Kickbusch I. Self-care in health promotion. Soc Sc Med. 1989;29(2):125-30.
18. Kickbusch I. Self-care in health promotion. Soc Sc Med. 1989;29(2):125-30.
19. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344 (18):1343-50.
20. World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. Report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 1994. No. 844.
21. ATLAS de la **DIABETES** de la Federación Internacional de Diabetes (FID). **6ª edición** 2013. Traducción: Data Translations International. PAG. 9.
22. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet]. España. [septiembre 2011; consultado 10 de mayo del 2012] Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
23. Seclén S. et al Cohorte Peruana de Diabetes Obesidad y Estilos de Vida en el Perú (Datos sin publicar).

24. Amador M, Márquez F, Sabido A. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Redaly*, 2007;(9) ,2:99-10. México. [Consultado 20 abril del 2012] Disponible en [:www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf).
25. Vaiz R. Enfermería profesional en la prevención y control de la diabetes mellitus, en el primer nivel de atención, área metropolitana de Nuevo León [Tesis de Maestría] Nuevo León/México: Universidad Autónoma de Nuevo León, 1991. [Consultado 18 de marzo del 2012]. Disponible en: cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020072134.pdf
26. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha 2009. *Rev. enferm Herediana*. 2010; 3(1):29-36 [consultado 12 de junio del 2012]. Disponible en: es.scribd.com/doc/95319691/diabetis-cuidado-Chincha.
27. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2006.
28. Híjar A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC. [tesis de licenciatura]. Lima/Perú: Universidad Nacional San Marcos ;2008 [consultado junio] [página web de internet] Disponible www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/hijar_ra/pdf/hijar_ra.pdf
29. Seiffge-Krenke, I. (2001). *Diabetic adolescents and their families*. Cambridge, MASS: Cambridge University Press.
30. Etal: Sandra L. Peralta Peña, Nora M. Muñoz Combs, Marcela Padilla Languré, Martina Ontiveros Pérez Y Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

- Médico de Familia. Centro de Salud de Benaoján. AGS Serranía de Málaga.
31. Morales, A. et al. (2001), Control metabólico, estrato socioeconómico y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos tipo 2. Estudio de la Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado", Decanato de Medicina; Estado Lara, México.
 32. Arredondo Montes de Oca, A.; Márquez Cardoso, E.; Moreno Aguilera, F.; Bazán Castro, M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 43-48.
 33. Médico de Familia. Centro de Salud de Benaoján. AGS Serranía de Málaga.
 34. Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C, Machado M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. *Rev. av. Enferm.* XXX .2012, vol.30, n.2, pp 39-46. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
 35. Azzollini C, Bail P, Vera, Vidal, Victoria A. Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anu. Investig* 2011 [citado 2013-08-24], vol. 18 323-330. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a35.pdf>
 36. Paucar A. Incidencia de la Actividad Física en el control de la diabetes tipo 2, en los diabéticos de la asociación de Diabéticos del sur de Quito (ADSUR), 2010. Ed. Sangolqui.
 37. Cho A. Apoyo familiar en la prevención del pie diabético. [Tesis de Licenciatura en enfermería]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2008. [consultado 15 de mayo del 2012]. Disponible en : <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/45867.pdf>
 38. Etal: Araceli Fernández Vázquez, Tania A.C. , Estela A.S. , Gloria T.F. , Elizabeth L.V., Saúl C.C. , Rocío D.M., Alberto P. A. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

39. Arredondo Montes de Oca, A.; Márquez Cardoso, E.; Moreno Aguilera, F.; Bazán Castro, M. Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol. 11, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 43-48.
40. Luz Marina Bautista Rodríguez y Gloria Esperanza Zambrano Plata. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.* ISSN 0124-2059 17 (1): 131-148, enero-junio de 2015.
41. Milagros del Pilar Arias Bramóny Sandra Susana Ramírez Gutiérrez. Apoyo Familiar Y Prácticas De Autocuidado Del Adulto Mayor Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Zona Urbana, Distrito De Pachacámac. Escuela De Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada A La Universidad Ricardo Palma. pag.14-75.
42. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet]. España. [septiembre 2011; consultado 10 de mayo del 2012] Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
43. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. *Investigación en Salud 2003. Mexico* [consultado 15 de abril del 2012] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14250305>> ISSN 1405-7980.
44. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 .2008 [Consultado el 12 de octubre del 2012.] España Disponible
45. Berbiglia V, Banfield B. Teoría del déficit del autocuidado. En: Raile M, Marriner A, editores. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7a Ed. Madrid: Elsevier; 2011. pp. 265-285.
46. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o

- limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
47. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 2008 ED. Victoria Gasteiz- España Pag. 117- 119.
48. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
49. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006 – 2010.[consultado 22 de agosto de 2013].
50. Guías ALAD sobre el Diagnóstico Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Edición 2013.
51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Diabetes mellitus tipo 1, 2; (Visitada 23-08-2010, 11 am.).
52. OP. CIT. Farreras-Rozman. Medicina Interna Volumen II. Elsevier. España 2009 Travessera. De Gracia, Barcelona España.
53. Sharabi Y: Management of the unholy trinity diabetesobesity-hypertension (diabetesobesity). Diabetes Metab Res Rev. 2012; In press.
54. Guzmán JN, Madrigal BE: Revisión de las características clínicas, metabólicas y genéticas de la diabetes mellitus. Bioquímica. 2003; 28: 14-23.
55. OP. CIT. Maedler K: Beta cells in type 2 diabetes –a crucial contribution to pathogenesis. Diabetes ObesMetab. 2008; 10: 408-420

ANEXO

ANEXO A.

TEST DE APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS TIPO2

I. INSTRUCCIONES.

Sr/Sra. Previo cordial saludo solicito, que se sirva a responder el siguiente cuestionario, marcándola respuesta que Ud. crea conveniente, la cual aportara para identificar el auto cuidado y el conocimiento que tiene acerca de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Muchas gracias.

DATOS GENERALES.

Edad:

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Grado de instrucción del familiar cuidador:

Analfabeto () Primaria: () Secundaria: () Superior técnico () Superior universitario ()

ITEM
a) Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar 1. Todos los días 2. Una vez por semana 3. Una vez al mes 4. Nunca
b. Cuando su familiar come más alimentos de los indicados, ustedes le recuerda el riesgo 1. Siempre, cada vez que lo hace. 2. Casi Siempre, deja pasar algunas ocasiones 3. Rara Vez, la mayoría de las veces lo deja y no le dice nada 4. Nunca
c) Le ayuda a su familiar a entender las indicaciones dadas en sus controles Siempre, en todas las ocasiones que asiste a sus controles 1. Casi Siempre, en todas las ocasiones que asiste a sus controles 2. dos de las cuatro veces que asiste a sus controles 3. Nunca
d) Acompaña a su familiar a los controles de salud 1. Siempre, a todos los controles 2. Casi Siempre, dos de las cuatro veces que asiste a sus controles 3. Ocasionalmente, sólo a uno de sus controles 4. Nunca
e. Conoce las dosis de medicamentos que debe tomar su familiar 1. Sí 2. No

f) Se da ud cuenta cuando su familiar se olvida de tomar sus medicamentos

1. Sí todas las veces
2. Sí Casi Siempre
3. Nunca

ESCALA DE MEDICION

Apoyo total = 14

Apoyo parcial = menor de 14

Sin Apoyo = 0

Valadez Figueroa Isabel.

ANEXO B

TEST SOBRE LA PRACTICA DE AUTOCUIDADO

INSTRUCCIONES

Sr./Sra. Ante todo, un cordial saludo le solicito s sirva a responder el siguiente cuestionario y haga las anotaciones correspondientes con base a las respuestas sugeridas, la cual aportara para identificar los conocimientos que tiene acerca de la diabetes mellitus tipo2 muchas gracias.

I Datos generales del Adulto Mayor:

Edad:

- Grado de instrucción del paciente:(Marcar con X)
- Analfabeto () Primaria: () Secundaria: ()
- Superior: técnico ()
- Universitario ()
- Grado de parentesco del familiar cuidador
(Marcar con X)

Esposa/o () hija/o () otro:(especifique).....

Nº	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	A.CONTROL MÉDICO			
1	Por lo menos acude al médico dos veces al año			
2	Cumple con las indicaciones médicas			
3	Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest.			
4	Toma solo medicamentos prescritos por su médico			
5	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.			
6	Cumple con las pruebas de laboratorio de control por lo menos una vez al año.			
	B.DIETA			

7	Sigue la dieta indicada por su médico tratante.			
8	Consume diariamente frutas recomendadas			
9	Consume diariamente verduras			
10	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día			
11	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
12	Controla su peso			
13	Consume carbohidratos o dulces			
	C.EJERCICIOS			
14	Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad			
15	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.			
16	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su rutina.			
	D.CUIDADO DE LOS PIES			
17	Usa zapatos que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel, ni ajustados, ni flojos.			
18	Utiliza medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o que tienen ligas.			
19	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.			
20	Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas			
21	Evita usar sandalias o andar descalzo			
22	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies			
23	Se seca los pies entre dedos			
24	Mantiene las uñas cortas de forma recta			
	E. CONTROL OFTALMOLÓGICO			
25	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año			
26	Utiliza los lentes en caso de prescripción médica			
27	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.			

ESCALA DE MEDICION

ADECUADO : 27 PUNTOS

INADECUADO : < DE 27 PUNTOS