

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UPLA

TESIS

Título	:	AUTOCAUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018
Autoras	:	Alfaro Gutierrez Ledis Susana
Asesora	:	Castro Salazar Vanessa Magaly Mg. Espinoza Vilcahuaman Hinosca Antonieta
Para optar	:	El título profesional de Licenciada en Enfermería
Línea de investigación:	:	Salud y gestión de la salud
Fecha de inicio y término	:	28 de setiembre del 2018 / 28 de setiembre del 2020

HUANCAYO – PERÚ – 2024

DEDICATORIA

A mis maestros que con sus lecciones compartieron sus conocimientos y experiencias, y me formaron para enfrentar los retos de la profesión.

A los docentes por la dedicación, esfuerzo, paciencia y compromiso que tuvieron en la tarea de formarme como profesional; sus enseñanzas y sabiduría impartida me permitirán afrontar con éxito los problemas y obstáculos de la práctica profesional.

Susana y Vanessa

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes y a sus autoridades, por ofrecernos la oportunidad de formarnos como profesionales de éxito, a nuestros docentes por habernos formado como profesionales competitivos y por haber instituido en nosotras valores científicos y humanistas.

A las autoridades del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión por permitirnos acceder a los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

A los pacientes, que de forma cordial participaron del estudio, facilitándonos la ejecución y culminación.

Alfaro Gutierrez Ledis Susana

Castro Salazar Vanessa Magaly



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

**DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR
EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN**

LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, HACE CONSTAR POR LA PRESENTE, QUE EL INFORME FINAL TITULADO:

**AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL
ALCIDES CARRIÓN, 2018**

DUYD AUTOR (ES) : ALFARO GUTIERREZ LEDIS SUSANA
CASTRO BALAZAR VANESSA MAGALY
FACULTAD : CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL : ENFERMERÍA
ASESOR (A) : MG. ESPINOZA VILCAHUAMAN HINOSCA ANTONIETA

QUE FUE PRESENTADO CON FECHA: 11/02/2022 Y DESPUÉS DE REALIZADO EL ANÁLISIS CORRESPONDIENTE EN EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN CON FECHA 15/02/2022; CON LA SIGUIENTE CONFIGURACIÓN DEL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN:

- EXCLUYE BIBLIOGRAFÍA
- EXCLUYE CITAS
- EXCLUYE CADENAS MENORES A 20 PALABRAS
- OTRO CRITERIO (ESPECIFICAR)

DICHO DOCUMENTO PRESENTA UN PORCENTAJE DE SIMILITUD DE 30%.

EN TAL SENTIDO, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN EL ARTICULO N° 11 DEL REGLAMENTO DE USO DE SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO, EL CUAL INDICA QUE NO SE DEBE SUPERAR EL 30%. SE DECLARA, QUE EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: SI CONTIENE UN PORCENTAJE ACEPTABLE DE SIMILITUD.

OBSERVACIONES: SE ANALIZÓ CON EL SOFTWARE TRES VECES.

EN SEÑAL DE CONFORMIDAD Y VERIFICACIÓN SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE CONSTANCIA.

HUANCAYO, 16 DE FEBRERO DE 2022



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PH.D. EDITH ANCOB GÓMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE

INTRODUCCIÓN

El autocuidado es la actitud y aptitud voluntaria dirigida hacia acciones sistemáticas de auto conservación de la salud del paciente diabético, es el modo más efectivo de evitar las complicaciones; es el primer escalón en el cambio de estilos de vida y en el mantenimiento del bienestar de la persona. Un adecuado autocuidado exige una educación sanitaria básica; el paciente por medio del autocuidado establece las pautas que orientan todos los esfuerzos para cumplir con el plan terapéutico; el autocuidado motivado induce a que los familiares se dispongan a brindar apoyo al paciente, además posibilita que los esfuerzo conjuntos sean fructíferos y viabilicen la recuperación, dado que muchas intenciones y acciones de ayuda de la familia pueden terminar afectando la recuperación de la salud al no estar bien definidas y direccionadas; la asociación entre el autocuidado y el apoyo familiar en la diabetes mellitus tipo II, no se ha determinado de forma concluyente; los estudios de la relación entre estas dos variables son muy escasos sobre todo a nivel nacional; la presente investigación se empeña en demostrar la asociación entre estas variables.

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018, para lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, la población de referencia fueron 148 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018, de donde se eligió una muestra de 105 pacientes a quienes se les aplicó el “Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes” y el “Cuestionario de apoyo familiar en diabetes mellitus II”.

El informe de investigación se distribuye en seis capítulos: en el capítulo I, se expone el vacío de conocimiento que motiva a la investigación; en el capítulo II, se aportan los fundamentos teóricos que procuran dar explicación al fenómeno estudiado; en el capítulo III, se formulan las hipótesis y se operacionalizan las variables; en el capítulo IV, se puntualiza la metodología utilizada en la recolección y procesamiento de datos para poder alcanzar resultados objetivos; en el capítulo V, se muestran los resultados obtenidos en tablas y gráficos y en el capítulo VI, se hace un cotejo de los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios, además se plantean argumentos que expliquen los resultados obtenido.

CONTENIDO

DEDICATORIA	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
AGRADECIMIENTOS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
INTRODUCCIÓN	V
CONTENIDO.....	VI
CONTENIDO DE TABLAS	X
CONTENIDO DE FIGURAS.....	XI
RESUMEN	XII
SUMMARY	XIII

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	14
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	21
1.3.1. PROBLEMA GENERAL	21
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	21
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4.2. SOCIAL.....	22
1.4.1. TEÓRICA.....	22
1.4.3. METODOLÓGICA.....	23
1.5. OBJETIVOS.....	24
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	25
2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS.....	30
2.2.1. AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II	30
2.2.1.1. AUTOCUIDADO DE LA DIETA.....	31
2.2.1.2. AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA	34
2.2.1.3. AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO	39
2.2.2. APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS TIPO II	41
2.2.2.1. APOYO MATERIAL	42
2.2.2.2. APOYO AFECTIVO	43
2.2.2.3. APOYO INSTRUMENTAL	45
2.2.3. MODELO DE AUTOCUIDADO DE OREM	49
2.3. MARCO CONCEPTUAL	52

CAPÍTULO III
HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	54
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	54
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	55
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	60
-----------------------------------	----

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	61
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	61
4.4. DISEÑO	61
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	63
4.5.1. POBLACIÓN	63
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	63
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	63
4.5.2. MUESTRA.....	64
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66
4.6.1. PARA VALORAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	66
4.6.2. PARA VALORAR EL APOYO FAMILIAR	67
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	68
4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS	68
4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS.....	68
4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS	68
4.8. ASPECTO ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	69

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	70
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	70
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	76
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO FAMILIAR EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	79
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	83
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	83

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	84
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	88
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	90
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	84

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	92
6.2. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	96
6.3. AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	100
CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS.....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: SEXO	70
TABLA 2: EDAD	71
TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO	72
TABLA 4: OCUPACIÓN	73
TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD	74
TABLA 6: ESTADO CIVIL.....	75
TABLA 7: AUTOCUIDADO DE LA DIETA.....	76
TABLA 8: AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA.....	77
TABLA 9: AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.....	78
TABLA 10: APOYO FAMILIAR MATERIAL.....	79
TABLA 11: APOYO FAMILIAR AFECTIVO.....	80
TABLA 12: APOYO FAMILIAR INSTRUMENTAL.....	81
TABLA 13: CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR.....	82
TABLA 14: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	83
TABLA 15: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	85
TABLA 16 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	87
TABLA 17 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	89
TABLA 18 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	91

CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1 : SEXO	70
FIGURA 2 : EDAD	71
FIGURA 3 : NIVEL EDUCATIVO	72
FIGURA 4 OCUPACIÓN.....	73
FIGURA 5 TIEMPO DE ENFERMEDAD	74
FIGURA 6 : ESTADO CIVIL	75
FIGURA 7: AUTOCUIDADO DE LA DIETA	76
FIGURA 8 AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA.....	77
FIGURA 9 AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.....	78
FIGURA 10 : APOYO FAMILIAR MATERIAL.....	79
FIGURA 11 APOYO FAMILIAR AFECTIVO.....	80
FIGURA 12 : APOYO FAMILIAR INSTRUMENTAL.....	81
FIGURA 13 CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR....	82
FIGURA 14 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	84
FIGURA 15 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	86
FIGURA 16 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	88
FIGURA 17 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	90

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en una población de 148 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018; se eligió una muestra de 105 pacientes a los que se les aplicó el “Cuestionario de actividades de autocuidado en diabetes” y el “Cuestionario de apoyo familiar en diabetes mellitus II”. Los resultados fundamentales muestran que: el 24.7 % de las personas con diabetes mellitus tipo II manifiestan tener un buen o muy buen autocuidado y el 30.5 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar; asimismo cuando se incrementa el autocuidado, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,442).

PALABRAS CLAVES: autocuidado, apoyo familiar, diabetes mellitus tipo II, enfermería, enfermedades crónicas.

SUMMARY

The objective of this thesis was to determine the relationship between self-care and family support in people with type II diabetes mellitus users of the Daniel Alcides Carrión Regional Clinical Surgical Hospital in 2018. A descriptive, cross-sectional cross-sectional study was conducted in a population of 148 outpatients with type II diabetes mellitus assigned to the non-communicable diseases program of the Daniel Alcides Carrión Regional Clinical Surgical Hospital in 2018; A sample of 105 patients was chosen to whom the "Questionnaire for self-care activities in diabetes" and the "Questionnaire for family support in diabetes mellitus II" were applied. The fundamental results show that: 24.7% of people with type II diabetes mellitus report having good or very good self-care and 30.5% of people with type II diabetes mellitus report having good or very good family support; Likewise, when self-care increases, family support improves in people with type II diabetes mellitus (moderate positive Pearson's correlation coefficient; 0.442).

KEY WORDS: self-care, family support, type II diabetes mellitus, nursing, chronic diseases.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica de naturaleza multisistémica que originan un colapso en la integración funcional de la insulina o en su emisión, lo que provoca una hiperglucemia incesante que modifica el metabolismo de azúcares, lípidos y proteínas, altera la homeostasis del organismo y pone en peligro la vida del individuo. La diabetes mellitus por sí misma, también es un factor de riesgo para: las enfermedades coronarias, los problemas cerebrovasculares, trastornos renales, daños a la retina y alteraciones de los vasos sanguíneos periféricos (1).

El autocuidado en la diabetes, son todas las actividades que realiza la persona intencionalmente para mantener o recuperar su bienestar físico, mental y social; son acciones cotidianas que poseen un gran efecto sobre la salud y el bienestar general; cuando el autocuidado es realizado de manera propicia, se puede controlar a la diabetes mellitus tipo II y evitar sus complicaciones. El autocuidado en la diabetes comprende un proceso progresivo de comprensión de la enfermedad; un progreso de la conciencia que reconoce la necesidad de aprender a manejar la patología por propios esfuerzos, para sobrevivir ante la naturaleza compleja de la diabetes; todo

esto, dentro de un contexto socio familiar que dificulta el control de la enfermedad. Debido a que la mayor parte de las acciones de manejo terapéutico de la enfermedad, se dar en el hogar y requieren la intervención voluntaria y motivada del propio paciente; son las auto intervenciones del paciente, las medidas que más impactan en el control de la patología; en esta perspectiva, los esfuerzos del personal de salud, se constituyen en acciones: complementarias, de intervención solo en fases críticas, de monitorización, de orientación o de asesoría. A diferencia de otras enfermedades; en el manejo de la diabetes es el paciente, el protagonista más importante del tratamiento de la enfermedad (2).

La prevalencia de diabetes es más alta en los adultos mayores, una población que está aumentando. El autocuidado de la diabetes es complejo con recomendaciones importantes de nutrición, actividad física, control de los niveles de glucosa y toma de medicamentos. Los adultos mayores con diabetes tienen problemas únicos que afectan el cuidado personal. A medida que las personas envejecen, su estado de salud, sistemas de apoyo, habilidades físicas y mentales y necesidades nutricionales cambian. Además, las comorbilidades, las complicaciones y la polifarmacia complican el autocuidado de la diabetes. La depresión también es más común entre los ancianos y puede conducir al deterioro de los comportamientos de autocuidado. Debido a las preocupaciones sobre los déficits cognitivos y las múltiples comorbilidades, los adultos mayores de 65 años a menudo se excluyen de los ensayos de investigación, Hay poca evidencia clínica

disponible y los enfoques de tratamiento más apropiados y cómo apoyar mejor los esfuerzos de autocuidado de los pacientes mayores no están claros (3).

Cuando el enfermo con diabetes plantea diversas modificaciones en su forma de vida y se aferra con firmeza a estos preceptos surge la configuración del autocuidado; la familia en su propósito de beneficiar la salud del enfermo, debe de adecuar sus intervenciones a los criterios del autocuidado preestablecido por ser considerados beneficiosos, de esta forma la participación familiar se constituye en un apoyo al control de la enfermedad. De forma contraria si el paciente primero no plantea las pautas de su autocuidado, la intervención familiar podría resultar perjudicial orientada por algún criterio equivoco de algún miembro de la familia y dejaría de ser así un apoyo; en consecuencia, el autocuidado podría ser un importante modulador del grado de apoyo familiar (4).

Las personas con diabetes mellitus tipo II, deben de adoptar un pertinaz sistema de autocuidado para modificar aquellos aspectos de su forma de vida que han conducido a la aparición de la enfermedad; si el autocuidado es tomado de forma rigurosa se cumplirá el tratamiento farmacológico y no farmacológico y se asumirán unas conductas apropiadas a la salud. Un miembro de la familia con diabetes afecta la dinámica familiar y la rutina cotidiana de cada uno de sus integrantes, la forma en la que estos respondan ante la enfermedad estará determinada por las medidas que se sugieran como benéficas a la salud del afectado (como orientadoras de toda acción) y el grado de afecto e involucramiento de estos hacia el enfermo. Muchas familias

que creen estar apoyando al diabético en la realidad solo constituyen un riesgo más al incidir en intervenciones contraproducentes (5).

Si las causas de la diabetes se encontraban en el arraigado modo de vida de la familia, y el supuesto apoyo familiar tiende solo a continuar y hacer prevalecer su nocivo modo de vida, entonces no se controlará la enfermedad, por el contrario se conducirá a las complicaciones de la enfermedad y a la muerte y es esta el acontecimiento más común que se observa en la actualidad, por ello que en vez de ejercer control sobre la enfermedad solo se observa su incremento con su fatal desenlace; es por ello que asumir el autocuidado, como el impulso modificador de la forma de vida nociva del individuo y fuerza reformatora de la familia generadora de enfermedad, es una de las vías convenientes para combatir a la diabetes (6).

En el 2015 Ouyang C y Dwyer J, en un estudio realizado en hospitales de Taipei, Taiwan, encuentra que las personas con diabetes mellitus II con complicaciones, sostenían un inadecuado apoyo familiar, las atenciones familiares eran contrarias a las medidas farmacológicas y no farmacológica prescritas, asimismo parte de los miembros de la familia cuestionaba la eficacia de los medicamentos y otros inducían el consumo de alimentos contraindicados; estos hechos familiares negligentes estaban asociados a un ineducado autocuidado, debido a que los pacientes no habían planteado un estricto régimen de autocuidados al considerar poco importante a la enfermedad o creer que se aliviaría de manera fortuita (7).

En el 2018 Azami G, Soh K y Sazlina S, en una investigación realizada en el hospital de Ilam - Irán, demuestran que la práctica del autocuidado lleva a la modificación del estilo de vida y a un efectivo control de largo plazo de la diabetes, se comprueba la asociación del autocuidado con el apoyo familiar; hallando además que el tipo de apoyo que brinda la familia es determinante para el control, recuperación del paciente, esto debido a que siendo el modo de vida de la familia la generadora de la enfermedad, solo con un tenaz régimen de autocuidado el paciente podía modificar su modo de vida y el de su familia (8).

En el 2016 Zambrano D y Loor J, en una investigación en Quito, Ecuador, determinando que el grado de cohesión y funcionabilidad familiar afecta el autocuidado, esto debido a que es indispensable modificar el estilo de vida del paciente que involucra y afecta a la familia, es común que la familia se niegue a las modificaciones en la dieta o a incorporar la práctica de ejercicios físicos, es frecuente que sobre todo los miembros jóvenes de la familia se opongan a los cambios de regímenes o en otros casos aíslan al paciente y le niegan la asistencia emocional, muchos pacientes dejan atrás sus regímenes de autocuidado para evitar el aislamiento y rechazo por parte de la familia (9).

En nuestro país en el 2017, Cuya C, Hurtado P, en un estudio en el hospital de Villa Salud sede Villa el Salvador, Lima, encuentra que el autocuidado es favorecido por el apoyo de la familia, es fundamental el grado en que la familia se involucra en favorecer la salud del paciente diabético; las prácticas de autocuidado que requieren la participación activa de la familia son: tomar

medicamentos en los horarios indicados, control de glucosa en sangre y valoración de los .pies (10).

En el Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, se ha podido observar que pocos pacientes con diabetes mellitus tipo II adoptan medidas de autocuidado de forma estricta, la mayor parte de ellos prefiere seguir con sus conductas cotidianas bajo la creencia que con la medicación farmacológica recibida podrán superar su problema; es notable que las personas que llevan un adecuado autocuidado son las que tienen mejor apoyo de sus familiares; sin embargo la relación entre el autocuidado y apoyo familiar en nuestra región no ha sido establecida de forma concluyente.

Por todo lo expresado anteriormente, realizamos esta investigación con el propósito de determinar la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Delimitación conceptual

La investigación se orientó en el supuesto que; cuando la persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II lleva un óptimo autocuidado; proporciona la orientación necesaria a sus familiares sobre la forma en la que podrán apoyarlo de forma efectiva; de ese modo la familia colaborará de forma segura y positiva, el apoyo facilitará el manejo de la enfermedad y mejorará el control de la enfermedad, se evitaban las complicaciones; bajo esta moción preliminar fue fundamental establecer el grado de asociación existente entre el autocuidado y el apoyo familiar en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Delimitación espacial

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II que llevaban tratamiento ambulatorio bajo la supervisión del programa de enfermedades no transmisibles.

Delimitación temporal

El estudio se realizó entre los meses de octubre del 2018 y agosto del 2019 e incluyó a las personas adultas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado de la dieta** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?
2. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado de la salud física** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?
3. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado terapéutico** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.2. SOCIAL

El estudio realizado nos ha permitido comprobar la asociación entre el autocuidado y el apoyo de la familia al paciente diabético; basados en esos hallazgos hemos sugerido la implementación de programas que mejoren el autocuidado de los pacientes, por medio del desarrollo de capacidades para afrontar de forma exitosa las dificultades emergentes por la evolución de la enfermedad. También se ha sugerido la implementación de programas que promuevan el apoyo familiar, los que dispongan del entrenamiento de los miembros de la familia en capacidades para la atención al paciente. De ponerse en práctica estas intervenciones: se mejorará el estado de salud del paciente, se evitarán las complicaciones y se acrecentará el bienestar del diabético y su familia.

1.4.1. TEÓRICA

Al realizar este estudio hemos podido alcanzar una mejor comprensión del autocuidado bajo el modelo de Dorothea E. Orem, el que ostenta al autocuidado como una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener: su vida, estado de salud, su desarrollo y bienestar; en consecuencia el autocuidado es un sistema de acción necesario y voluntario; con la investigación se aportó evidencia que fundamenta esta teoría y se presentan demostraciones de que; por medio del autocuidado, se puede incrementar el apoyo familiar y alcanzar el control y alivio de la diabetes mellitus tipo II.

1.4.3. METODOLÓGICA

Para la realización de este estudio se ha elaborado un instrumento para la valoración del autocuidado en los pacientes con diabetes tipo II, este instrumento ha alcanzado validez de contenido vía el juicio de expertos y validez de constructo vía el análisis factorial, también se ha comprobado su confiabilidad; esto ha sido posible, tras la aplicación de una prueba piloto. En consecuencia, el cuestionario de valoración del autocuidado es válido y confiable, puede ser utilizado en próximos trabajos de investigación. Asimismo, se ha verificado la validez y confiabilidad del cuestionario que valora el apoyo familiar y este instrumento podrá ser utilizado en futuros estudios de investigación referentes al apoyo familiar en diabetes y en otras pruebas de tamizaje poblacional.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el **autocuidado de la dieta** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018
2. Establecer la relación entre el **autocuidado de la salud física** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018
3. Establecer la relación entre el **autocuidado terapéutico** y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ravi S, Kumar S, Gopichandran V, en el 2018 realizan un estudio titulado “Las conductas familiares de apoyo que promueven el autocuidado en la diabetes en entornos urbanos de recursos limitados: un estudio transversal” en un hospital de atención terciaria de Chennai, en el sur de la India; con el objetivo de establecer la asociación de las conductas familiares de apoyo con el autocuidado en los pacientes de bajos recursos con diabetes mellitus para lo cual se efectuó un estudio descriptivo transversal, cuya población estuvo conformada por 200 pacientes diabéticos ambulatorios a los que se les aplicó la “Escala de resumen de actividades de autocuidado para la diabetes” (SDSCA) y la “Lista de control de comportamiento familiar en la diabetes” (DFBC) entre los resultados se destaca que existe una asociación entre el autocontrol de la diabetes y el apoyo familiar a la diabetes ($\beta = 0.527$; $p = 0.015$); además, el modelo de regresión mostró que existe una asociación estadísticamente significativa positiva entre el puntaje de apoyo familiar y el puntaje de autocontrol de la diabetes ($\beta = 0.254$, $p < 0.001$), se confirma que el apoyo familiar se asocia con mejores actividades de autocuidado (11).

Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P, en el 2017 realizan un estudio titulado “Una revisión sistemática: apoyo familiar integrado con el

autocuidado de la diabetes entre pacientes con diabetes tipo 2 no controlados con diabetes mellitus” con el objetivo de definir la asociación entre el apoyo familiar y el autocuidado en pacientes con diabetes mellitus 2; el estudio fue un metanálisis, para los cual se revisaron tres bases de datos, PubMed, CINAHL y Scopus y se identificaron 22 estudios de intervención, estos estudios incluyeron diferentes estrategias de apoyo familiar brindado y sus resultados en el autocuidado; entre los resultados se destaca que el apoyo familiar tiene un impacto positivo en la dieta saludable, un mayor apoyo percibido lleva a: un mejor autocuidado, un mejor bienestar psicológico y un mejor control de la glucemia; esta revisión sistemática encontró evidencia que el apoyo familiar mejoró los comportamientos de autocontrol y los resultados de salud entre los pacientes con glucemia descontrolada, los hallazgos sugieren que; el establecer pautas claras de autocuidado llevan al compromiso familiar y direccionan de forma favorable la atención diabética (12).

Vaccaro J, Exebio J, Zarini G, Huffman F, en el 2015 realizan un estudio titulado “El papel del apoyo social de la familia/amigos en el autocuidado de la diabetes en minorías con diabetes tipo 2” en Florida EEUU, con el objetivo de determinar el vínculo entre el apoyo social de la familia/amigos con el autocuidado en diabéticos; para lo cual efectúan un estudio descriptivo correlacional considerando una población de 174 cubanos, 121 haitianos y 110 afroamericanos con diabetes tipo 2 a los que se les administro el “Cuestionario del Perfil de atención de diabetes de Michigan Diabetes Research and Training Center” (MDRTC); entre los resultados se destaca que

los puntajes más altos del autocuidado se asociaron con puntajes de apoyo familiar más altos; asimismo la etnia influye en el tipo y grado de apoyo otorgado por la familia; además las costumbres propias de cada grupo cultural son determinantes en el tipo de autocuidado que adopta el enfermo con diabetes; se evidencia una asociación directa y significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar ($r= 0.057$; $p= 0.005$), Así también solo el 40 % de los enfermos diabéticos adopta un adecuado autocuidado y de ellos el 63% disponen de un adecuado apoyo familiar (13).

Ahmad S, Shdaifat E, Mohd H, en el 2015 realizan un estudio titulado “Apoyo social y actividades de autocuidado entre los pacientes ancianos con diabetes en Kelantan” en Arabia Saudí; con el objetivo de examinar la relación del apoyo social con las actividades de autocuidado; para lo cual plasmaron un estudio observacional descriptivo correlacional considerando una muestra de 550 pacientes a los que les aplicaron “La encuesta de apoyo social familiar (MOSF) y “El cuestionario de la escala de actividad de autocuidado para diabéticos (SDSCA)””; entre los resultados se destaca que existe asociación directa significativa entre el autocuidado y el apoyo social y familiar; asimismo se evidenció un mejor control glicémico en los pacientes que reciben mayor apoyo de familiares y amigos; el autocuidado es reforzado por los familiares pero a la vez asumir un estricto régimen de autocuidado lleva a un apoyo familiar y social más efectivo; se pudo observar que el paciente diabético puede sugerir y proponer la forma en que los familiares y amigos pueden ayudarlo de forma efectiva a superar su enfermedad (14).

ANTECEDENTES NACIONALES

Cusi M y Marín A, en el 2018 realizan un estudio titulado “Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología hospital regional Honorio Delgado Arequipa”; con el objetivo de fijar la relación del autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes tipo 2; para lo cual siguieron un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal con diseño correlacional, cuya población estuvo conformada por 200 personas con diabetes tipo 2 y una muestra de 86 unidades a los que se le aplicó la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado el cuestionario y el cuestionario de Apoyo Familiar; entre los resultados se destaca que existe una relación directamente proporcional y significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar asimismo el 36% de los pacientes posee una buena capacidad de autocuidado y solo el 20.9% declara tener un alto apoyo familiar; se enfatiza que una buena capacidad de autocuidado induce a un apoyo familia favorable (15).

Anaya A, en el 2015 realiza un estudio titulado “El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima”; con el objetivo de precisar la correspondencia del autocuidado del diabético tipo 2 con la participación familiar y el incremento de las complicaciones; para lo cual efectúa un estudio de tipo aplicativo con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional de corte transversal y emplea una muestra de 71 pacientes y sus familias a los que les

aplica una entrevista estructurada; entre los resultado se remarca que existe relación alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia (r de Pearson = 0,75 ; p = 0,00), se evidencia también que menos de la tercera parte de los diabéticos son favorecidos con un adecuado apoyo familiar y solo el 30% de los enfermos lleva un autocuidado favorable al control de la diabetes; se destaca también que si el acompañamiento de la familia no se basa en pautas claras de autocuidado, la atención de la familia podría resultar perjudicial al estado de salud del paciente (16).

ANTECEDENTE REGIONAL

Erazo H, Pérez R, en el 2017 realizan un estudio titulado “Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios ambulatorios del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD – 2017”; con el objetivo de establecer la asociación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II; para lo cual efectuaron un estudio descripto correlacional, considerando una población de 170 pacientes del programa de enfermedades no transmisibles y una muestra de 85 a los que se les aplicaron el “Cuestionario de Apoyo Familiar en Diabetes Mellitus II” y la “Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky”; entre los resultados destacan una asociación directamente proporcional entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento; asimismo se remarca que una buena adherencia al tratamiento es una expresión de un buen autocuidado (17).

2.2. BASES TEÓRICAS O CIENTÍFICAS

2.2.1. AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

El autocuidado en la diabetes se tiene determinado como un procedimiento progresivo de perfeccionamiento de comprensión al aprender a sobrevivir con la naturaleza complicada de la diabetes en una realidad o contexto de carácter social. Como consecuencia a que gran parte de los cuidados diarios en diabetes es manipulada por los mismos enfermos y/o familiares, hay una significativa necesidad de medios confiados para el autocontrol de la diabetes. Existe 7 conductas fundamentales de autocuidado en personas con diabetes que presagian correctas consecuencias. Estos son: nutrición sana, acción física, control del nivel de azúcar en la sangre, cumplimiento de los medicamentos, buenas habilidades para resolver problemas, destrezas de contrarresto de salud y conductas de disminución de peligros. Estas acciones que se proponen consiguen ser ventajosos para los galenos que tratan pacientes particulares como para los estudiosos que valoran nuevas orientaciones del cuidado (18).

Las actividades de autocuidado de la diabetes son conductas llevadas a cabo por personas con diabetes o con riesgo de desarrollarla por sí mismas. Se ha hallado que todas las 7 conductas están correlacionadas de manera positiva con una buena vigilancia glucémica, disminución de dificultades y un mejoramiento en la eficacia de vida. También, se observó que el autocuidado abarca no solamente la ejecución de estas acciones sino asimismo las

relaciones entre ellas. La auto atención de la diabetes demanda que el enfermo realice muchas transformaciones dietéticas y de modo de vida, completado con el papel de sostén de los trabajadores de atención médica para conservar un grado alto de confianza propia que conduzca a un cambio de comportamiento triunfante (19).

2.2.1.1. AUTOCAUIDADO DE LA DIETA

El autocuidado nutricional es importante para controlar la diabetes y evitar sus complicaciones. Por lo tanto, es importante en todos los niveles de prevención de la diabetes, también es un componente integral de la educación (o capacitación) sobre el autocontrol de la diabetes (20).

Tiene por objetivos: a) Alcanzar y mantener los niveles de glucosa en sangre en el rango normal o tan cerca de lo normal como sea posible con seguridad, alcanzar y mantener un perfil de lípidos y lipoproteínas que reduce el peligro de padecimiento vascular y alcanzar niveles de presión arterial en el rango normal o lo más cercano posible a la normalidad, b) Prevenir, o al menos disminuir, la tasa de progreso de las dificultades constantes de la diabetes cambiando la ingestión de nutrimentos y el modo de vida, c) Cubrir las escaseces de nutrientes particulares, poseyendo sus propios favoritismos culturales y atrevimiento de ser otro hombre d) Conservar el goce de comer limitando solamente la elección de nutrientes cuando lo muestre la prueba científicamente (21).

Las personas que tienen prediabetes o diabetes deben recibir de llevar un plan dietético individualizado; el asesoramiento nutricional debe ser sensible

a las necesidades personales, la disposición al canje y la potencialidad de efectuar variaciones en el individuo con prediabetes o diabetes. En personas con demasiado peso y gordos resistentes a la insulina, la pérdida modesta de peso ha manifestado mejorar el aguante a la insulina. Por ello, se recomienda la merma de peso para los individuos que se hallan en riesgo de desarrollar diabetes. Para la pérdida de peso, las alimentaciones con pocos carbohidratos o pocas calorías con pocas calorías logran ser efectivas a plazo corto (incluso 1 año). Para enfermos con dietas mínimas en carbohidratos, vigilar los perfiles de lípidos, la funcionabilidad renal y la ingestión de proteicos (en las personas con nefropatía) y ajuste la terapia hipoglucémica. (22).

La acción de carácter físico y la alteración de la conducta son dispositivos significativos de las programaciones de merma de peso y son muy ventajosos para mantener la pérdida de peso. Se pueden considerar medicamentos para perder peso en el tratamiento de personas con sobrepeso y obesas con diabetes tipo 2 y pueden ayudar a lograr una pérdida de peso del 5-10% cuando se combina con la modificación del estilo de vida (23).

Se debe alentar a los individuos con alto peligro de diabetes tipo 2 a que cumplan con la sugerencia de consumo para fibra dietética (14 g fibra / 1,000 kcal) y nutrientes que tienen granos integrales. No hay suficiente información consistente para concluir que las dietas de carga con bajo índice glucémico reducen el riesgo de diabetes. Sin embargo, se deben alentar los alimentos de bajo índice glucémico que son ricos en fibra y otros nutrientes importantes. La ingesta moderada de alcohol puede reducir el riesgo de diabetes (24).

En el control de la diabetes (prevención secundaria). Se fomenta un patrón alimentario que incluya carbohidratos provenientes de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y leche descremada para una buena salud. La inspección de los carbohidratos, por la cuantificación de carbohidratos o mediante el conteo fundada en la práctica, es una táctica clave para lograr el control glucémico. Los nutrientes que tienen o poseen sacarosa se consiguen sustituir por otros carbohidratos en la planificación de comidas o, si se agregan al plan de comidas, se cubren con insulina u otros medicamentos para reducir la glucosa, se alienta a los individuos con diabetes a absorber una diversidad alimenticia que tienen fibra. Los alcoholes azucarados y los edulcorantes no alimenticios son seguros en el caso de que se consuman de forma moderada (25).

Limitar las grasas saturadas al 7% del total de calorías. La ingesta de grasas trans debe bajarse al mínimo. En individuos con diabetes, reducir el colesterol de la dieta a 200 mg / día. 2 o más fracciones de pescado cada siete días (semana) (exceptuando los filetes de peces comercialmente fritos) proporcionan ácidos grasos poliinsaturados n-3 y se recomiendan (26).

Para los individuos con diabetes y función renal uniforme, no hay evidencias bastantes para insinuar que se deba modificar la ingestión proteica habitual (15-20% de la energía). En personas con diabetes tipo 2, la proteína ingerida consigue acrecentar la contestación de la insulina sin acrecentar la concentración de glucosa en plasma. Por ello, la proteína no debe usarse para tratar la hipoglucemia aguda o prevenirla durante la noche. Las dietas altas

en proteínas son no se recomienda como método para perder peso en este instante. Se desconocen las implicancias a plazo largo de la ingesta de proteicos del 20% de las calorías en el control de la diabetes y sus dificultades. No obstante tales dietas consiguen originar pérdida de peso a plazo corto y una mejor glucemia, no se ha determinado que dichos provechos se mantengan a plazo largo, y se desconocen las implicancias a plazo largo en la funcionabilidad renal para los individuos que padecen diabetes (27).

2.2.1.2. AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA

ACTIVIDAD FÍSICA

La adopción y el mantenimiento de la actividad física son focos críticos para el control de la glucemia y la salud general en personas con diabetes y prediabetes. Las recomendaciones y precauciones varían según las características individuales y el estado de salud. La actividad física incluye todos los movimientos que aumentan el uso de energía, mientras que el ejercicio es actividad física planificada y estructurada. Los ejercicios físicos incide en el mejoramiento del control de la glucemia en la diabetes tipo 2, minimiza los elementos de peligro cardiovascular, ayuda a la merma de peso mejorando la calidad de vida. El ejercicio regular puede prevenir o retrasar el desarrollo de la diabetes tipo 2. La actividad física y las recomendaciones de ejercicio, por lo tanto, se deben adaptar para satisfacer las necesidades específicas de cada individuo (28).

El ejercicio aeróbico aumenta la consistencia mitocondrial, sensible a la insulina, las enzimas oxidativas, el acatamiento y la reactividad de los vasos

de sangre, la funcionabilidad pulmonar, la funcionabilidad inmune y el gasto cardíaco. Los volúmenes de actividad aeróbica de moderados a altos se asocian con riesgos de mortalidad cardiovascular y global mucho más bajos en diabetes tipo 2. El entrenamiento regular reduce los triglicéridos, la presión sanguínea y el aguante a la insulina. Sucesivamente, el entrenamiento intercalado de mayor rigor promueve el mejoramiento vertiginoso de la capacidad oxidativa del músculo esquelético, sensible a la insulina y examen glucémico en personas mayores de edad y puede realizarse sin deterioro del control glucémico (29).

La diabetes es un elemento de peligro autónomo para la disminución de fuerza de los músculos y la mengua apresurada de la potencia muscular y la situación funcional. Los provechos para la sanidad del adiestramiento de aguante para todas aquellas personas mayores de edad circunscriben mejoramiento en la masa de los músculos, constitución corpórea, funcionabilidad física, sanidad psicológica, consistencia ósea mineralizada, el entrenamiento de resistencia consigue apoyar a menguar el peligro de hipoglucemia incitada por el adiestramiento. Con el aguante y el ejercicio aeróbico se realizan una sesión de gimnasia, la ejecución de gimnasia de aguante inicialmente provoca poca hipoglucemia que cuando se ejecuta gimnasia aeróbica inicialmente. Los provechos del adiestramiento de firmeza para individuos con diabetes tipo 2 circunscriben mejoramientos en el control glucémico, aguante a la insulina, masa grasosa y corporal magra. (30).

Los ejercicios de maleabilidad y equilibrio son posiblemente significativos para las personas mayores de edad con diabetes. La movilidad articular limitada es frecuente, y se debe en parte a la formación de productos finales de glicación avanzada, que se acumulan durante el envejecimiento normal y se aceleran por la hiperglucemia. El estiramiento aumenta el rango de movimiento alrededor de las articulaciones y la flexibilidad, pero no afecta el control glucémico. El entrenamiento equilibrado consigue bajar el peligro de desplomes al mejorar el equilibrio, inclusive cuando la neuropatía periférica está actualmente. Las intervenciones grupales de ejercicios (entrenamiento de resistencia y equilibrio, clases de tai chi) pueden reducir las caídas en un 28% -29%. Los beneficios del entrenamiento alternativo como el yoga y el tai chi están menos establecidos, aunque el yoga puede promover una mejora en el control glucémico, los niveles de lípidos y la composición corporal en adultos con diabetes tipo 2. El entrenamiento con Tai chi puede mejorar el control glucémico, el equilibrio, los síntomas neuropáticos y algunas dimensiones de la calidad de vida en adultos con diabetes y neuropatía (20).

CUIDADO FUNCIONAL

Las úlceras y las mutilaciones del pie son una causa importante de morbilidad, discapacidad y costos emocionales y físicos para los individuos con diabetes. El reconocimiento adelantado y el manejo de elementos de inseguridad independientes para úlceras y mutilaciones pueden advertir o retardar la visión de resultados adversos. Esta declaración de posición proporciona sugerencias para los individuos que actualmente no poseen

úlceras en el pie y describe las buenas medidas para verificar y controlar los elementos de peligro precedentemente a que ocurra una úlcera en el pie o una amputación sea inminente (9).

La identificación del riesgo es básica para un manejo anticipado eficaz del pie en personas con diabetes. El peligro o inseguridad de úlceras o disecciones aumenta en individuos que han tenido diabetes ≥ 10 años, son hombres, poseen una inspección de glucosa deficiente o tienen entorpecimientos cardiovasculares, retinianas o renales. Los subsiguientes contextos de riesgo relacionadas con los pies se hallan relacionadas con más alto peligro de mutilación: neuropatía periférica con merma de sensación preservadora, biomecánica alterada, certeza de aumento de la presión (eritema, flujo debajo de un callo), deformidad ósea, padecimiento vascular periférica (pulsos de pedal disminuidos o ausentes), una amputación y patología rigurosa de las uñas (19).

Todas las personas con diabetes deben recibir un examen anual del pie para identificar las condiciones del pie de alto riesgo. Este examen debe incluir la evaluación de la sensación de protección, la estructura del pie y la biomecánica, el estado vascular y la integridad de la piel. Las personas con una o más condiciones de pie de alto riesgo deben evaluarse con mayor frecuencia para el desarrollo de factores de riesgo adicionales. Las personas con neuropatía deben someterse a una inspección visual de los pies en cada visita con un profesional de la salud. La evaluación del estado neurológico en el pie de bajo riesgo debe incluir una prueba umbral somato sensorial

cuantitativa. La detección inicial de la enfermedad vascular periférica debe incluir un historial de claudicación y una evaluación de los pulsos de pedal. Se debe evaluar la integridad de la piel, especialmente entre los dedos de los pies y debajo de las cabezas de los metatarsianos. La presencia de eritema, calor o formación de callos puede indicar áreas de daño tisular con una interrupción inminente. Deben evaluarse las deformidades óseas, la limitación en la movilidad articular y los problemas para caminar y el equilibrio (20).

La polineuropatía simétrica distal es uno de los predictores más importantes de úlceras y amputaciones. El desarrollo de la neuropatía puede retrasarse significativamente al mantener los niveles de glucemia lo más cerca posible de lo normal. Se debe fomentar el abandono del hábito de fumar para reducir el riesgo de complicaciones de la enfermedad vascular. La referencia oportuna a un especialista en cuidado de los pies es fundamental. Las personas con neuropatía o evidencia de aumento de la presión plantar pueden ser manejadas adecuadamente con zapatos para caminar o calzado deportivo bien equipados. Los pacientes deben ser educados sobre las implicaciones de la pérdida sensorial y las formas de sustituir otras modalidades sensoriales (palpación de mano, inspección visual) para la vigilancia de problemas tempranos (13).

Las personas con evidencia de aumento de la presión plantar (p. Ej., Eritema, calor, callo o presión medida) deben usar calzado que amortigüe y redistribuya la presión. Un especialista en cuidado de los pies u otro profesional de la salud con experiencia y capacitación en el cuidado de los

pies pueden destripar los callos con un bisturí. Las personas con deformidades óseas pueden necesitar zapatos extra anchos o zapatos de profundidad. Las personas con deformidades óseas extremas que no pueden acomodarse con calzado terapéutico comercial pueden necesitar zapatos moldeados a medida. La detección inicial de la enfermedad arterial periférica debe incluir un historial de claudicación y una evaluación de los pulsos del pedal. Considere obtener un índice tobillo-brazo, ya que muchos pacientes con enfermedad arterial periférica son asintomáticos. Remita a los pacientes con un índice tobillo-brazo significativo o positivo para una evaluación vascular adicional y considere ejercicio, medicamentos y opciones quirúrgicas (16).

2.2.1.3. AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

El manejo de la diabetes por parte del paciente implica hacer frente a las actividades cotidianas normales. Los pacientes necesitan consejos para controlar su control de la diabetes. El buen control diabético ahora se acepta como un medio válido para reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo; el monitoreo del hogar es una parte esencial para lograrlo. Los síntomas no son indicadores útiles de un control deficiente. La sed y la poliuria ocurren solo cuando los niveles de glucosa en sangre se mantienen consistentemente en más del doble de los valores normales (10-20 mmol/o más). Muchos pacientes con control deficiente no tienen síntomas. A menudo se han deslizado gradualmente en esta condición, y solo cuando más tarde logran un buen control es cuando reconocen su pobre estado de salud en el pasado (8).

Dada la importancia del control de la glucemia en el desarrollo de las complicaciones de la diabetes, la gran cantidad de herramientas ahora disponibles para monitorear las tendencias diarias en la glucemia es notable. En este sentido, el auto monitoreo de la glucosa en sangre se ha considerado un componente clave del manejo del paciente. Podría decirse que existe un acuerdo casi universal de que el auto monitoreo de la glucosa en sangre debe estar disponible para todos los pacientes diabéticos, independientemente de la estrategia de tratamiento actual. El auto monitoreo de la glucosa en sangre se considera un componente clave del régimen de tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 que usan insulina. Existe un acuerdo casi universal de que debe estar disponible para todos los pacientes diabéticos. Incluso para los pacientes que no usan insulina, se utiliza ampliamente en las guías de práctica clínica y se acepta como parte de su manejo de la diabetes (25).

El auto monitoreo de la glucosa en sangre se utiliza como una advertencia temprana para detectar o confirmar la hipoglucemia y para mejorar el reconocimiento de los pacientes de hiperglucemia severa. Dado que los datos en tiempo real sobre los niveles de glucosa en sangre reflejan la influencia de la actividad física y la dieta. Tiene el potencial de ayudar a los pacientes a comprender mejor el impacto del estilo de vida en el control glucémico. Además, la información derivada de series consecutivas de mediciones podría ser útil para modificar el tratamiento reductor de glucosa (31).

Los períodos de hipoglucemia son eventos angustiantes que ocurren principalmente con regímenes glucémicos estrictos y tratamientos que

aumentan los niveles de insulina independientemente de los niveles de glucosa en sangre. Por lo tanto, no es sorprendente que la frecuencia de la hipoglucemia sea relativamente baja en pacientes diabéticos no tratados con insulina o tratamientos antidiabéticos orales que puedan causar hipoglucemia. El potencial del auto monitoreo de la glucosa en sangre para confirmar o refutar los períodos de hipoglucemia generalmente se ha utilizado en la mayoría de los programas de manejo dirigidos a identificar y reducir los períodos de hipoglucemia, aunque su eficacia en pacientes que usan insulina ha sido probada en un número limitado de estudios (30).

2.2.2. APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS TIPO II

El hogar es el sitio normal en que las personas sin excepción nos desarrollamos. Dentro de la familia conocemos las normas de vivencia, la palabra de las simpatías y asimismo a enfrentar las dificultades y las denominadas contingencias. En esa interrelación, diaria, todas las prácticas pasan a constituir trozo de las condiciones, expectativas y valor con que se enfrentan al mundo afuera de los muros de vivienda (32).

Generalmente, la ayuda de la familia es muy importante en los momentos difíciles que pasas unas personas y esto apoya al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, y todo el apoyo moral todavía es más importante y fundamental para aquellas personas que viven con diabetes, ya que le auxilia a ejecutar acciones auténticas para su salubridad. El brotamiento de la diabetes dentro del hogar origina un contexto moderno e imprevista, porque lleva la carga del padecimiento de la diabetes que “no se cura” y que necesita

un trato medicinal para toda la vida, también de que varios medios terapéuticos para su control requieren variaciones en el modo de vida: nutrición y ejercicio, especialmente. Por ello este padecimiento afecta directamente al enfermo y en forma indirecta a la familia. (25).

Los individuos y los conformantes del hogar deben conocer qué es la enfermedad de la diabetes y qué factores hacen que exista esta enfermedad, qué la provoca, los obstáculos y su trato. Sabiendo que las medicinas son fundamentales para su control, es imperioso el apoyo del hogar. El brotamiento de una enfermedad diaria sacude todo el régimen del hogar; es generalmente, la inicial reacción es una emoción de no justicia (¿por qué yo?) que, es acompañado de ansiedad, temor, y enfado. (33).

Es ineludible reflexionar que los componentes de ajuste ante la diabetes se ven impactados por varios elementos; como, por paradigma: el ejemplo de hogar, la sabiduría y la instrucción, así como las opiniones y dogmas sobre la salubridad. Se conoce que un individuo con diabetes se une cada vez más a sus medicinas y posee un superior o excelente control diabético en el caso de que su familiar está dispuesto y la ayuda. Y no obstante éste es un procedimiento de carácter emocional, igualmente lleva factores o elementos físicos y conductuales. (34).

2.2.2.1. APOYO MATERIAL

El paciente diabético presenta riesgos financieros sustanciales para algunos cuidadores. Aunque la evidencia relevante se basa principalmente en auto informes de los cuidadores, la investigación muestra consistentemente que

los cuidadores familiares de diabéticos corren el mayor riesgo de daño económico. Este riesgo es especialmente cierto para cuidadores de bajos ingresos (y familias) con recursos financieros limitados, cuidadores que residen o viven lejos del paciente que necesita atención (33).

Algunos cuidadores reducen las horas de trabajo remunerado o abandonan la fuerza de trabajo para cuidar a diabético. Como resultado, pierden ingresos y pueden recibir una reducción de la Seguridad Social y otros beneficios de jubilación. También pueden incurrir en importantes gastos de bolsillo para pagar la ayuda y otros gastos de cuidado. También hay alguna evidencia de una creciente discriminación relacionada con el trabajo en contra de los trabajadores con responsabilidades de cuidado de diabéticos (25).

El impacto del cuidado familiar en los empleadores no ha sido bien estudiado. Algunos grandes empleadores han establecido programas para apoyar a los trabajadores con responsabilidades de cuidado. Desafortunadamente, hay poca evidencia empírica sobre los costos y los resultados de los programas en el lugar de trabajo o la medida en que ayudan a los cuidadores que trabajan a hacer malabares con sus responsabilidades de cuidado y trabajo. Los datos y la investigación son claramente necesarios para aprender cómo apoyar eficazmente a los cuidadores que trabajan de adultos mayores a través de beneficios de ausencia en el lugar de trabajo, protecciones contra la discriminación laboral u otros enfoques (32).

2.2.2.2. APOYO AFECTIVO

El acompañamiento afectivo de la familia en el enfermo con diabetes es fundamental en el control de la enfermedad; en pacientes con diabetes mellitus la depresión se relacionó con un peor control de la glucemia, una variedad de complicaciones de la diabetes, mayores costos de atención médica, empeoramiento de la discapacidad funcional, re hospitalización y mortalidad temprana. Aquellos con angustia psicológica en el momento del diagnóstico tenían un mayor riesgo de eventos cardiovasculares (1.7 veces) y la muerte (1.8 veces) que aquellos sin angustia psicológica (25).

La investigación actual sugiere cambios biológicos en el cerebro de pacientes con diabetes, los cambios estructurales, funcionales y neuroquímicos en las regiones cerebrales responsables del afecto y la cognición pueden haber aumentado el riesgo de depresión. La hiperglucemia afecta negativamente la integridad y la neurogénesis del hipocampo, reduciendo la neuroplasticidad y contribuyendo a los síntomas del estado de ánimo y genera dificultades para aprender, mantener la memoria y controlar la expresión emocional (32).

La salud emocional positiva puede sostener los esfuerzos de afrontamiento a largo plazo y proteger a los pacientes de las consecuencias negativas de los trastornos emocionales prolongados, la percepción de la enfermedad y, por lo tanto, facilita los comportamientos de autocontrol de la diabetes y una mejor salud física. Hacer que los pacientes adquieran creencias personales valiosas y estándares alcanzables de rendimiento podría fortalecer la autorregulación y la autoeficacia y conducir a una experiencia más positiva y

comportamientos saludables. Además, la mejora de los recursos personales, como la resiliencia, conduciría a un mejor funcionamiento de la cognición y una mayor fuerza de voluntad, calidad de vida y control de la enfermedad en pacientes con diabetes (34).

2.2.2.3. APOYO INSTRUMENTAL

Los familiares pueden apoyar y cuidar activamente a los pacientes con diabetes. La mayoría de las personas vive dentro de un hogar que tiene una gran influencia en los comportamientos de control de la diabetes. A menudo se les pide a los miembros de la familia que compartan la responsabilidad del manejo de la enfermedad. Pueden proporcionar muchas formas de apoyo, como soporte instrumental para conducir a los pacientes a las citas o ayudar a inyectar insulina. A través de sus comunicaciones y actitudes, los miembros de la familia a menudo tienen un impacto significativo en el bienestar psicológico del paciente, la decisión de seguir las recomendaciones de tratamiento médico y la capacidad de iniciar y mantener cambios en la dieta y el ejercicio. Entre los adultos de mediana edad y mayores con diabetes tipo 2, se ha encontrado que el apoyo social se asocia con una mejor salud autoinformada en el seguimiento a largo plazo. También se ha encontrado que la cohesión familiar y el funcionamiento familiar están positivamente relacionados con los comportamientos de autocuidado de los pacientes y con las mejoras en el control de la glucosa en sangre (25).

Brindar educación sobre la diabetes solo al individuo con diabetes tipo 2 podría limitar su impacto en los pacientes, ya que la familia puede desempeñar

un papel tan importante en el manejo de la enfermedad. Los enfoques basados en la familia para el manejo de enfermedades crónicas enfatizan el contexto en el que ocurre la enfermedad, incluido el entorno físico de la familia, así como las necesidades educativas, relacionales y personales de los pacientes y sus familiares. Incluir a los miembros de la familia en intervenciones educativas puede brindar apoyo a los pacientes con diabetes, ayudar a desarrollar comportamientos familiares saludables y promover el autocontrol de la diabetes (32).

La familia y los amigos de los pacientes pueden brindar apoyo para superar las barreras que impiden la autogestión de la diabetes, pero los comportamientos de los miembros de la familia también pueden ser dañinos. Cómo está estructurada la familia y sus creencias y habilidades para resolver problemas o la falta de ella pueden exacerbar el estrés asociado con el manejo de la enfermedad. Los cambios de estilo de vida necesarios para una autogestión óptima de la diabetes a menudo entran en conflicto con las rutinas familiares establecidas. Las tareas de autogestión pueden requerir cambiar los tipos de alimentos preparados y consumidos en el hogar, tiempo fuera del trabajo para que el miembro de la familia asista a las visitas médicas con el paciente y la reorientación de las finanzas familiares, todo lo cual puede afectar las rutinas familiares (25).

Dado que los miembros de la familia participan en la compra de comestibles, en la creación de horarios familiares y en la cocina, pueden ayudar u obstaculizar los cambios de estilo de vida necesarios para las personas con

diabetes. En estudios de adultos con diabetes tipo 2, los participantes informaron que los comportamientos no-sustentadores de los miembros de la familia estaban asociados con ser menos adherentes al régimen de la medicación para la diabetes y con un control de la glucosa más bajo. Los familiares pueden sabotear o socavar los esfuerzos de autocuidado de los pacientes planificando comidas no saludables, tentando a los pacientes a comer alimentos poco saludables o cuestionando la necesidad de tomar medicamentos (33).

Los miembros de la familia también pueden regañar o discutir con los pacientes en un intento de apoyar la adherencia. Un estudio encontró que la presión de un cónyuge con respecto a la dieta de un paciente se asocia con una mayor angustia específica de diabetes entre los adultos con diabetes tipo 2. Los comportamientos obstructivos de una familia pueden ser más dañinos entre los adultos con conocimientos básicos de salud limitados y los pacientes que experimentan otros factores de estrés o síntomas depresivos mayores. Por lo tanto, las intervenciones de autocontrol de la diabetes deben enfocarse no solo en el paciente individual, sino también en la familia, para que estén mejor equipados para apoyar positivamente a su ser querido con diabetes (25).

Es posible que las intervenciones de autocontrol de la diabetes necesiten poner mayor énfasis en enfocarse en las habilidades de comunicación de los miembros de la familia y en enseñarles formas positivas de influir en los comportamientos de salud del paciente. Los miembros de la familia pueden

sentirse angustiados por la diabetes de su ser querido debido al conocimiento limitado sobre la diabetes o no saber cómo mantener a su ser querido. La familia también puede tener ideas erróneas, como creer que el paciente sabe más sobre la diabetes de lo que realmente informa el paciente o si no comprende las necesidades de su ser querido en el control de la diabetes. El conocimiento sobre la enfermedad, las estrategias para alterar las rutinas familiares y las formas óptimas de lidiar con los aspectos emocionales de la enfermedad son algunos de los aspectos del autocontrol de la diabetes que los miembros de la familia necesitan. Educar a los miembros de la familia sobre las necesidades de atención de la diabetes puede ayudar a aliviar esta tensión explicando por qué estos cambios son necesarios, cómo se pueden implementar mejor estos cambios y dónde encontrar información adicional, como recetas saludables o rutinas de ejercicios. La gestión eficaz de la familia también puede reducir la tensión que los miembros de la familia pueden experimentar cuando se enfrenta a los “estilos de vida” alteradas y progresión de la enfermedad. Es importante proporcionar a los miembros de la familia información sobre la enfermedad y las posibles opciones de tratamiento, validar sus experiencias como proveedores de apoyo, enseñarles diversas habilidades para manejar el estrés y ayudarlos a planificar para el futuro (32).

2.2.3. MODELO DE AUTOCUIDADO DE OREM

El "autocuidado" se refiere al proceso activo de recuperación, mantenimiento y mejora de la salud. Algunas prácticas de autocuidado se refieren a técnicas físicas del cuerpo, como mantener limpios los dientes, comer bien y evitar lesiones físicas. Otras no son tanto técnicas del cuerpo como "técnicas del yo" destinadas a mantener la salud mental mediante el manejo de la propia identidad, las percepciones, los sentimientos y las. Quizás la definición más útil de autocuidado proviene de la Organización Mundial de la Salud, que define el autocuidado como las actividades que realizan los individuos, las familias y las comunidades con la intención de mejorar la salud, prevenir enfermedades, limitar enfermedades y restaurar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y las habilidades del conjunto de la experiencia profesional y laica (35).

La mayor parte de la literatura relevante en el campo de la salud se relaciona con el autocuidado "reactivo", que, es decir, el rango de respuestas individuales a los síntomas de mala salud. Incluye reconocer y evaluar las quejas de salud, decidir si actuar sobre los síntomas, tratar la afección, por ejemplo, comer de manera diferente o tomar medicamentos de venta libre, y consultar con otros para obtener consejos sobre tratamientos adicionales, como familiares, amigos, libros y sitios web. La mayoría de los episodios menores de enfermedad se tratan de esta manera, y solo una pequeña proporción de los casos avanza al siguiente paso de buscar atención profesional. Incluso después de que las personas hayan consultado a un profesional, continúan participando en una variedad de actividades de

autocuidado, algunas de las cuales provienen de asesoramiento profesional y otras de otras fuentes de información (36).

El autocuidado proactivo incluye acciones preventivas destinadas a reducir el riesgo de enfermedades específicas, pero también una gama mucho más amplia de actividades que mejoran la salud, como comer bien y hacer ejercicio, y evitar otras que se consideran riesgos para la salud, como las bebidas. conducir, fumar o sexo inseguro, por nombrar algunos de los más obvios. Delinear el alcance del autocuidado reactivo no es demasiado problemático, ya que la restauración de la salud generalmente se entiende relativamente sin problemas como la superación de los síntomas que uno considera desagradables. Tales prácticas suelen ser bastante conscientes de sí mismas y deliberadas. Sin embargo, las prácticas proactivas de autocuidado son mucho más difusas y generalizadas, y se incorporan a las prácticas habituales y rutinarias habituales (37).

A través de sus experiencias de casi 40 años de práctica y educación de enfermería, Dorothea Orem desarrolló un modelo de enfermería basado en el concepto de déficit de autocuidado. Esta "teoría general de la enfermería" está dividida en tres subteorías: a. déficit de autocuidado, b. autocuidados, y c. sistemas de cuidado de la salud (35).

La teoría de déficit de cuidado personal propone que los individuos pueden experimentar limitaciones de cuidado propio relacionadas con su estado y pueden beneficiarse. La teoría de autocuidado describe el autocuidado y el cuidado de dependientes como una conducta aprendida que actúa para

regular la "estabilidad, el funcionamiento y el desarrollo estructural humano". El sistema de enfermería se forma cuando una enfermera interviene con un cliente para prescribir, diseñar o proporcionar atención para satisfacer un déficit de autocuidado o regular las capacidades de autocuidado del cliente (36).

Orem considera a los humanos como biopsicosociales, seres humanos, capaces y deseosos de cuidarse a sí mismos y a los demás dependientes. El cuidado de sí mismo es un comportamiento contundente de la vida adulta, iniciado y realizado en beneficio propio para mantener la vida, la salud y el bienestar. Orem divide las necesidades en tres grupos: universales, de desarrollo y de desviación de salud (37).

Los requisitos universales de autocuidado abordan las necesidades fisiológicas y la función, protección, interacción y una sensación de "normalidad". Incluyen el mantenimiento de aire, agua, comida, eliminación, actividad, descanso, soledad, interacción social, prevención de riesgos y promoción del funcionamiento humano. Los requisitos de desarrollo se relacionan con factores que afectan el desarrollo a través del ciclo de vida. Promueven condiciones que apoyan el crecimiento y desarrollo y previenen o modifican condiciones que afectan negativamente a ese proceso. Los requisitos de autocuidado de desviación de salud abordan las crecientes demandas de un individuo enfermo (35).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

GLUCOSA PLASMÁTICA, cálculo de los grados o escalas de glucosa en plasma, se agarra referencialmente las consecuencias de glucosa inferior a 24 horas anteriores a la entrevista. Se toma como referencia: Buen control [ochenta a ciento cincuenta mg/100 ml]. Regular control [ciento cincuenta y uno a ciento noventa y nueve mg/100 ml]. Mal control [Más de doscientos (200) mg/100 ml] (16).

PIE DIABÉTICO, expresión de la neuropatía diaria en órganos inferiores que se empeora por la escasez vascular y la contaminación, el análisis se instituye por el galeno que trata la enfermedad (10).

AUTOCUIDADO HABITUAL, son las actividades que hacen los individuos en provecho de su salubridad, sin ningún control médico. Asimismo se conceptualiza como las experiencias de individuos y familias mediante las cuales se originan aspectos conductuales de carácter positivo de salud, se advierten padecimientos y se tratan señales o indicios. El autocuidado es un incesante manejo autónomo de la enfermedad. (31).

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO, es el grado en que se pueden realizar actividades favorables a la salud por decisión y voluntad propia, es una conducta yo actividad aprendida, deviene de la conciencia de responsabilidad de cuidar de sí mismo para mantener la salud y la vida; se ve afectada por la clarividencia de autoeficacia, control, sapiencias, destrezas y valores (38).

AUTOCUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, son los autocuidados proactivos; procuran potenciar la salud de una persona antes de la aparición de una enfermedad, incluye la incorporación del ejercicio moderado en el estilo de vida, dormir el suficiente número de horas diarias, absorber una dieta balanceada con bastantes fibras y baja en grasas, acudir a controles médicos periódicos, evitar el consumo de sustancias nocivas, prescindir de realizar actividades de riesgo, etc. (39).

AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO, son los autocuidados reactivos; se dan cuando ya existe un daño a la salud, busca restablecer el equilibrio y la salud de la persona, se requieren conocer los requerimientos de autocuidado para cada condición de salud, pueden resultar onerosos y angustiante para las personas (27).

FUNCIONALIDAD FAMILIAR, nivel o escala de interacción de los órganos familiares que origina el criterio de carácter o de tipo emocional y físico de los enfermos y de los conformantes del hogar. (17).

REDES SOCIALES, cadena de relaciones particulares mediante los cuales el individuo conserva su coincidencia social y recoge ayuda emocional, auxilio material e informativa. (33).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

La relación entre el **autocuidado** y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor **autocuidado**; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre el **autocuidado de la dieta** y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor **autocuidado de la dieta**; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018
2. La relación entre el **autocuidado de la salud física** y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor **autocuidado de la salud física**; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018
3. La relación entre el **autocuidado terapéutico** y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor **autocuidado terapéutico**; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE 1:

Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II

VARIABLE 2:

Apoyo familiar en la diabetes mellitus tipo II

VARIABLES DE INTERVINIENTES:

Edad del paciente

Peso/Talla

Ocupación

Tiempo de enfermedad

Nivel educativo

3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	Son conductas de la persona en favor de su salud y su bienestar, son aprendidas y modifican aspectos y factores del medio que afectan de forma directa a su salud, involucra modificación de hábitos y requiere la convicción de poseer la capacidad de modular su propia salud.	Autocuidado de la dieta	Son todas las actividades que realiza la persona de forma voluntaria para conservar/recuperar su salud y mantener bajo control los factores dietéticos amoldándose a los recursos existentes.	Consumió una alimentación conforme a lo recomendado	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Consumió una alimentación saludable		
				Consumió frutas y verduras		
				Consumió alimentos ricos en grasas		
		Autocuidado de la salud física		Consumió dulces o postres en sus comidas		
				Participó en al menos 30 minutos de actividad física		
				Participó en una sesión de ejercicio específico		
				Revisó sus pies		
				Inspeccionó sus zapatos por dentro		

				Se secó entre los dedos		
				Ha fumado cigarrillos		
		Autocuidado terapéutico	Son todas las actividades que viabilizan la utilización oportuna de los servicios de salud y encauza: el consumo de fármacos, la realización de análisis y la vigilancia de síntomas que denoten complicaciones.	Tomó sus medicamentos recomendados		
				Tomo el número de pastillas recomendadas		
				practicó una glucometría		
				Busco atención por dolor de cabeza, mareos y otros		
				Busco atención de salud por nerviosismo, palpitaciones y otros		
				Busco atención de salud por problemas en miembros inferiores		
				Busco atención de salud por problemas en la vista		
				Busco atención de salud por dificultades urinarias		

VARIABLE 2: APOYO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Apoyo familiar en la diabetes mellitus tipo II	Es la provisión de recursos, servicios, compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos a la persona enferma por parte un familiar.	Apoyo familiar material	Es la entrega que realiza un familiar de bienes y dinero al paciente diabético para que pueda utilizarlo en favor de su salud	Ayuda económica	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Contribución de alimentos		
				Contribución con vestidos y en enseres personales		
				Contribución con medicamentos y gastos en salud		
				Contribución con recreación		
				Contribución con servicios del hogar		
		Apoyo familiar afectivo	Son las expresiones de amor, cariño, empatía y comprensión de un familiar dirige hacia el paciente, son actividades que aportan seguridad y confianza y evitan la aparición de crisis mentales de ansiedad, o depresión.	Interés por la salud		
				Ánimos para superar sus problemas		
				Culpabilidad		
				Susto		
				Enojo		
				Nerviosismo		

				Disposición		
				Muestras físicas de afecto		
				Palabras cariñosas		
		Apoyo familiar instrumental	Es la realización de tareas de cuidado directo por parte de un familiar hacia el paciente, enfocados en sustituir o dinamizar actividades dificultosas.	Ayudan en la preparación de sus alimentos		
				Ayudan a controlar el consumo de alimentos		
				Pendientes de sus controles médicas		
				Acompañamiento a controles médicos		
				Apoyo en ejercicios		
				Recuerdan el horario de medicamentos		
				Se interesan por dosis de medicamentos		
				Ayudan en el cuidado de sus pies		
				Dialogan con el médico sobre su estado de salud		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación desarrollada se enmarca en el método científico como metodología general, bajo el cual se recurrió a la recolección de datos empíricos de la realidad, de forma objetiva de unidades de investigación que eran representativas de una determinada población. Estos datos no han permitido comprobar hipótesis; que han sido trazadas en base a teorías existentes y a las evidencias que fundamentan su posibilidad racional y empírica. Se siguió la metodología de forma rigurosa guardando un orden lógico y se hizo uso del razonamiento inferencial. Asimismo; mediante el análisis se identificaron las partes de la realidad estudiada, que luego fueron integradas a través de la síntesis. También se declara que las conclusiones de la investigación, pueden ser sometidas al proceso de falsacionismo; reconociéndolas como verdaderas mientras no se haya probado su falsedad (40).

Como método específico se siguió; el método inductivo, porque agrupando los sucesos individuales sobre: autocuidado en diabetes y apoyo familiar, se procurará alcanzar conclusiones y proposiciones generales como; que, determinadas actividades de autocuidado encausan el apoyo familiar y mejoran el control de la enfermedad. Otro método específico fue; el estadístico

- inferencial, porque el estudio alcanzo a calcular parámetros partiendo de estadígrafos estimados en la muestra (41).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es básica. Según Hernández R. menciona que se orienta a la acumulación de información o a la formulación de nueva teoría, este tipo de investigación no resuelve problemas inmediatos, sino que se enfoca en la ampliación de una base del conocimiento, el enfoque de la investigación fue; cuantitativa, porque se estudiaron variables bien definidas que solo reflejan a un segmento reducido de la realidad; asimismo, las mediciones de las variables que por su ambiente eran de tipo ordinal, fueron trasmutadas a una nivel de razón; se hizo una retribución de magnitudes numéricas a actos cualitativos, para procesarlos con mayor objetividad y rigurosidad metodológica (42).

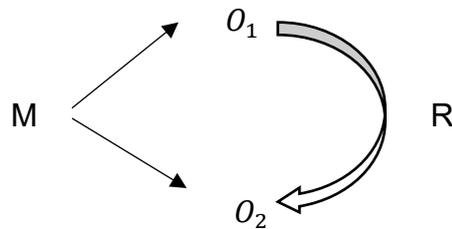
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue de nivel relacional, debido a que se evaluaron 2 variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas; también se presumía que la correspondencia entre estas variables no es casual, asimismo no se hizo ninguna manipulación de las variables (43).

4.4. DISEÑO

El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. No experimental, ya que no se manipularon las variables, solo se estudiaron tal como se presentan los fenómenos en la naturaleza. Relacional, se buscó

determinar la relación de las dos variables de estudio y de corte transversal, porque las variables fueron estudiadas en un solo momento. (44).



Donde:

O_1 = Conjunto de datos en referencia al autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

O_2 = Conjunto de datos en referencia al apoyo familiar en diabetes mellitus tipo II.

R = Relación existente entre ambas variables.

M = Grupo muestral único.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

Son 148 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Regional Clínico Quirúrgico D. A. Carrión en el 2018.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que admitieron su participación de manera voluntaria en la investigación y suscribieron la aprobación informada.
2. Pacientes que asistían de forma regular a sus controles médicos.
3. Pacientes que se encontraban estables.
4. Pacientes que tenían una edad entre 35 y 75 años.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que se manifestaban poco colaboradores con la investigación.
2. Pacientes que presentaban otras patologías además de diabetes mellitus tipo II.
3. Pacientes que tenían menos de 2 meses de diagnóstico de diabetes mellitus tipo II.

4.5.2. MUESTRA

Para elegir a los pacientes que forman la muestra, se utilizó el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2 (N - 1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z nivel de confianza designado fue del 95% (1.96).
- p : Proporción de pacientes con buenas prácticas de autocuidado y con un buen apoyo familiar (63 %, de acuerdo a Vaccaro J, Exebio J, Zarini G, Huffman F, 2015)
- q : Proporción de pacientes con buenas prácticas de autocuidado y con un mal apoyo familiar (37 %)
- e : Error de estimación fue de 0.05.

Sustituyendo los valores en la ecuación 01, se tuvo:

$$n = \frac{148 * 0.63 * 0.37 * 1.96^2}{0.05^2 * (148 - 1) + 0.63 * 0.37 * 1.96^2}$$

Solucionando:

$$n = \frac{148 * 0.23 * 3.84}{0.0025 * (147) + 0.23 * 3.84}$$

$$n = \frac{130.7136}{0.36 + 0.8832}$$

$$n = \frac{130.7136}{1.2507}$$

$$n = 104.51$$

$$n = 105$$

Para advertir posibles detrimentos de aspectos de la muestra por numerosos factores, consideramos a 105 pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico D. A. Carrión en el 2018.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Se esgrimió como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario nombrado “CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos. El cuestionario consta de 17 enunciados sobre las actividades de autocuidado que debería de realizar un individuo con diabetes mellitus tipo II para poder aliviar y controlar su problema de salud, se divide en tres sub escalas que valoran: autocuidado de la dieta (1, 2, 3, 4 y 5), autocuidado de la salud física (6 al 11) y autocuidado terapéutico (del 12 al 17), para cada uno de los ítems se ofrece en la preguntas del 1 al 13; siete opciones de respuesta que indican los días en los que se realizó la determinada actividad de autocuidado; mientras que para las preguntas del 14 al 17 se ofrecen 5 niveles de respuestas : 0 = nunca, 1 = pocas veces, 2 = de forma regular, 3 = de forma frecuente y 4 = de forma muy frecuente.

Se recurrió a la realización de un ensayo piloto en 30 diabéticos del Centro de Salud Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se estimó alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.6.2. PARA VALORAR EL APOYO FAMILIAR

Se usó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario llamado “CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS II” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos.

El cuestionario consta de 25 enunciados sobre las situaciones en que la familia apoya al paciente diabético, se divide en tres sub escalas que valoran: apoyo material (1 al 7), apoyo afectivo (8 al 16) y apoyo instrumental (del 17 al 25), para los ítems se ofrecen 5 niveles de respuestas: 0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

Se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 diabéticos del Centro de Salud de Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se computó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

4.6.3. MEDIDAS QUE SE TOMO FRENTE A LA PANDEMIA

Para recolectar la información se tomó medidas de bioseguridad que es uso de barreras protectoras y así de esa manera se llegó a recolectar datos.

Se utilizó medidas asépticas como el alcohol gel, realizar el lavado de manos para cada paciente y también se brindó al paciente y familiar su debida asepsia.

Se practicó el distanciamiento de paciente y personal manteniendo las medidas de bioseguridad adecuadas.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

4.7.1. PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Con los datos fueron tabulados en programa estadístico SPSS v.25. A partir de esta base de datos se obtuvo la información por cada dimensión y variable con resultados descriptivos de frecuencias y porcentajes.

4.7.2. PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para las pruebas de hipótesis se hizo primero la prueba de normalidad para elegir el estadígrafo de contraste que en este caso fue r de Pearson que dieron resultados para el valor de r y la significancia bilateral con el p valor ($\alpha \leq 0.05$).

4.7.3. PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se establecieron la hipótesis nula y la alterna (H_0, H_1).
- Se demostró estadísticamente la normalidad de los datos.
- Se escogió el tipo de prueba estadística a usar.
- Se instauró la escala o grado de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se estableció el valor de prueba, de conformidad a los grados de libertad.
- Se ejecutaron las estimaciones con el SPSS v. 25 for Windows.
- Se realizó una contrastación entre el valor estimado con el valor de prueba determinada.
- Se dilucidó la resulta.

4.8. ASPECTO ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La autonomía, solamente se consideran como partícipes a los pacientes que admitieron colaborar de manera voluntaria, no hubo coerción, para avalar esto se comunicó de forma pedagógica todo referido al estudio a todos los individuos implicados, también se realizó la anuencia enterada.

La beneficencia, el propósito final de la investigación fue favorecer el control de la diabetes mellitus tipo II por intermedio de una forma adecuada apoyo familiar; por ello la investigación fue metódicamente válida y las diferentes conclusiones procedentes de la investigación con valides y la implementación de las recomendaciones será beneficiosa.

La no maleficencia, la investigación no poseía acción alguna que logre afectar la condición de salud de los enfermos diabéticos, se aplicó en todo instante las reglas de la comisión de ética del centro universitario.

La justicia, se trató a todas las individuos implicadas en la investigación por equivalente, sin distinción de estirpe, etnia, tiempo, escala económica, se jerarquizaron convenientemente las operaciones a ejecutar y se hizo una utilización racional de los capitales. Las informaciones que se obtuvieron de los enfermos fueron manipuladas de manera íntima y con compromiso.

En la elaboración de la tesis, se da también cumplimiento a la Ética Profesional, en cumplimiento de los Arts. 27° y 28° del reglamento de investigación de la Universidad, sobre el cumplimiento de las normas de la universidad y el cumplimiento de código de ética.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

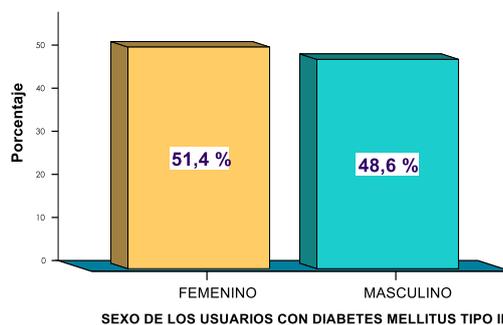
TABLA 1: SEXO

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	54	51,4
MASCULINO	51	48,6
Total	105	100,0

aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Región

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 1 : SEXO



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

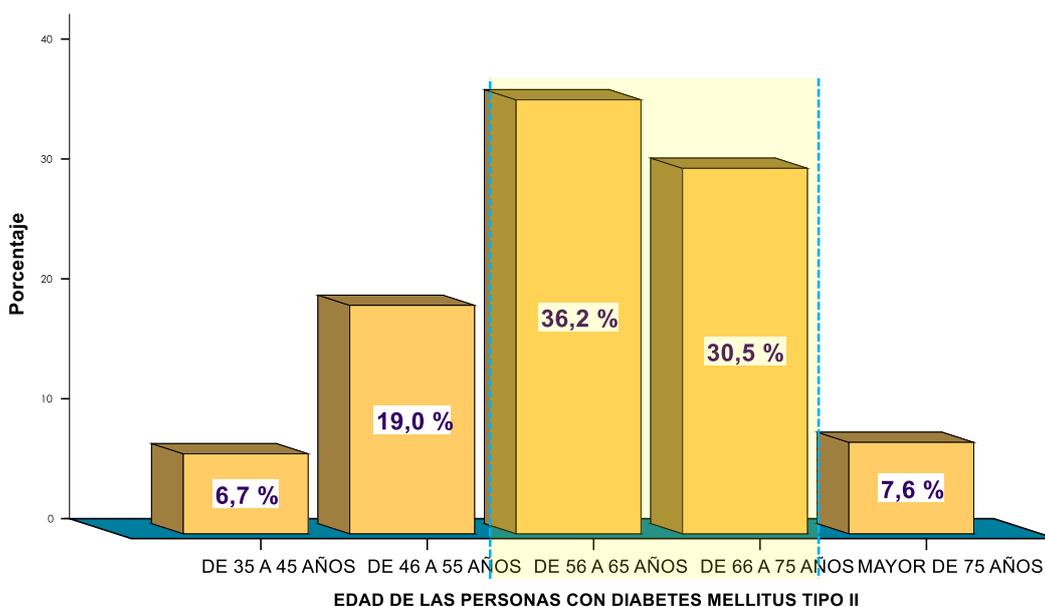
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que de 105(100 %), 54(51.4 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II son de sexo femenino. Al no observarse diferencias notables por el sexo, se concluye que la diabetes mellitus tipo II, afecta por igual tanto a varones como a mujeres.

TABLA 2: EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
DE 35 A 45 AÑOS	7	6,7
DE 46 A 55 AÑOS	20	19,0
DE 56 A 65 AÑOS	38	36,2
DE 66 A 75 AÑOS	32	30,5
MAYOR DE 75 AÑOS	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 2 : EDAD



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

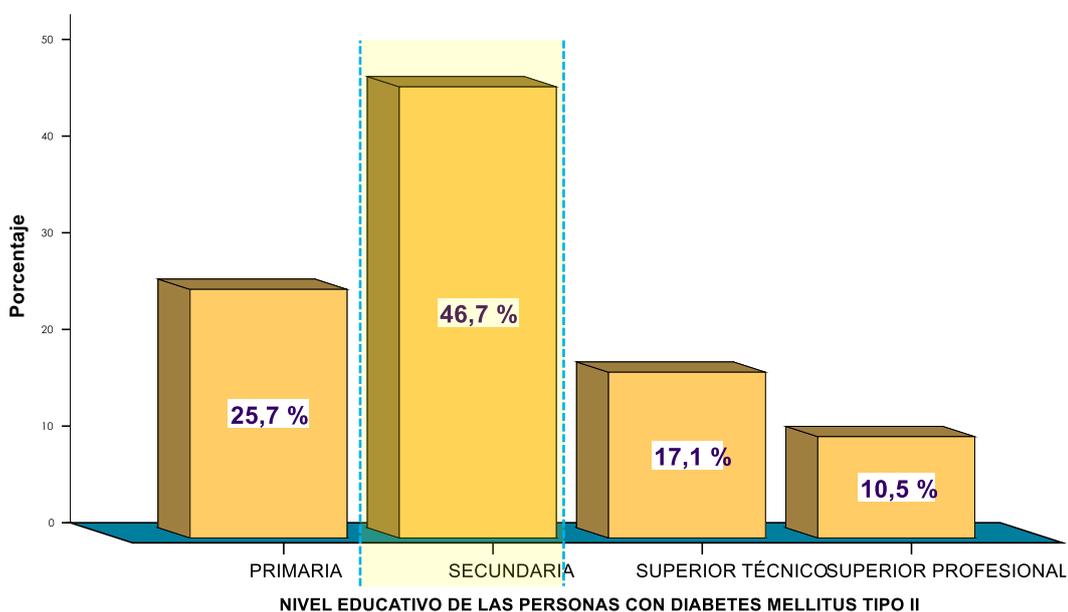
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que de 105(100 %), 70(66.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II tienen una edad entre 56 y 75 años. Se observa que la mayor proporción de pacientes diabéticos son mayores de 50 años, este hallazgo confirma que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo II se incrementa con la edad. La reducción del porcentaje que se distingue después de los 75 años, responde al acrecentamiento de la mortalidad entre esas edades, por ser mayor a la expectativa de vida.

TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	27	25,7
SECUNDARIA	49	46,7
SUPERIOR TÉCNICO	18	17,1
SUPERIOR PROFESIONAL	11	10,5
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 3 : NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

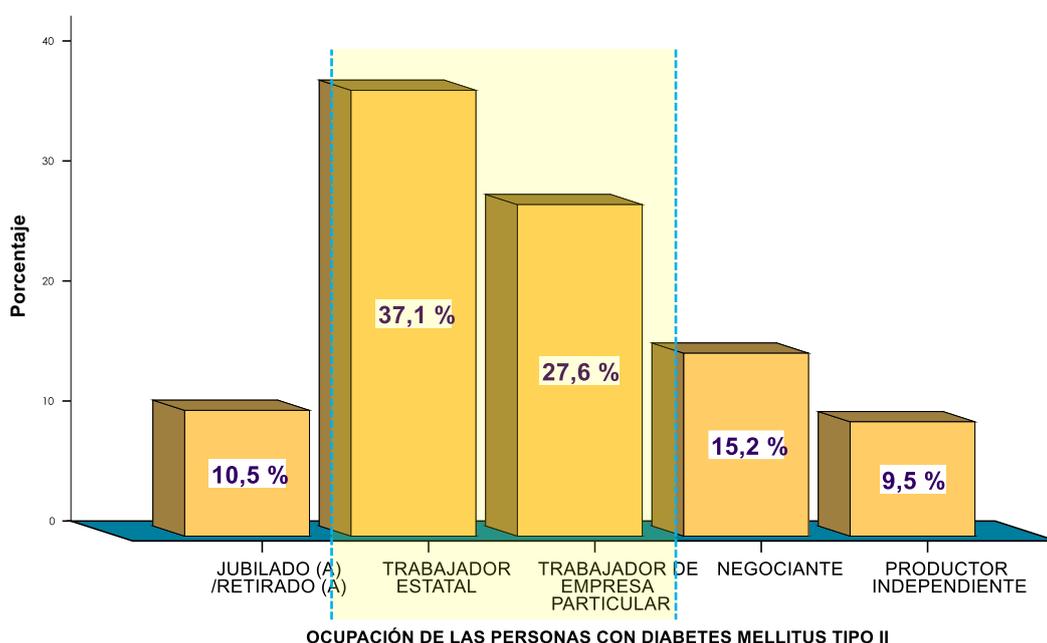
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que de 105(100 %), 49(46.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II tienen educación secundaria. Se observa que la mayor proporción de pacientes diabéticos poseen un nivel educativo favorable para la comprensión de las manifestaciones de la enfermedad, el tratamiento y la forma de evitar complicaciones. También, la mayoría de pacientes está en aptitud de buscar ayuda profesional para mejorar su estado de salud.

TABLA 4: OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
JUBILADO (A) /RETIRADO (A)	11	10,5
TRABAJADOR ESTATAL	39	37,1
TRABAJADOR DE EMPRESA PARTICULAR	29	27,6
NEGOCIANTE	16	15,2
PRODUCTOR INDEPENDIENTE	10	9,5
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 4 OCUPACIÓN



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

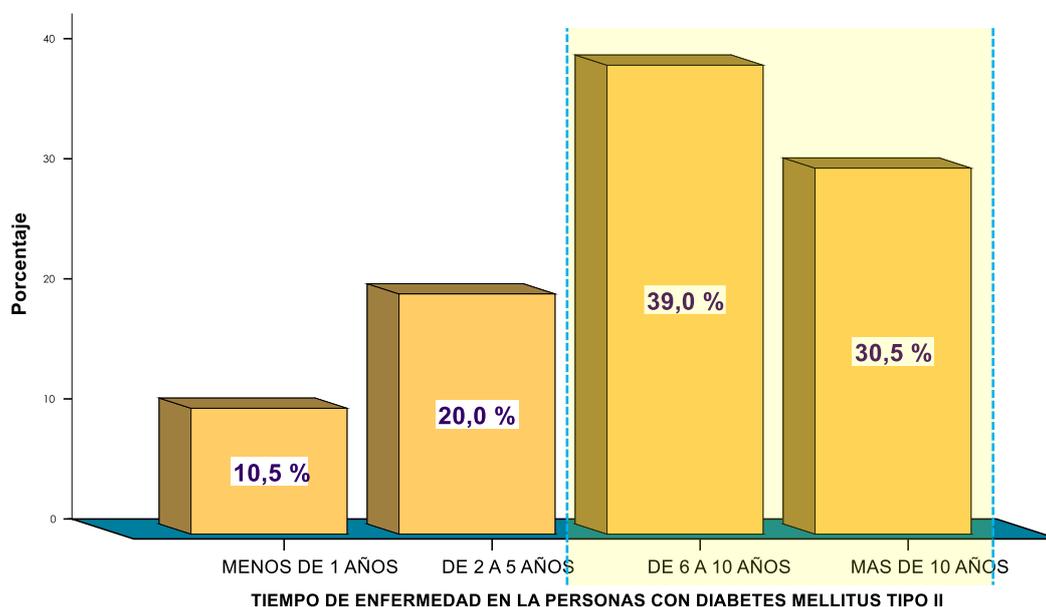
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que de 105(100 %), 68(64.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II son trabajadores independientes. Se observa que la mayor proporción de pacientes diabéticos son empleados estatales o de empresas privadas, esto indica que deben de cumplir con horarios de trabajo y dependen de un sueldo preestablecido; esta condición podría dificultar la modificación de los estilos de vida para controlar a la diabetes. Además, la rutina de trabajo y el estrés laboral generado podrían ser causas subyacentes de la enfermedad.

TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 1 AÑOS	11	10,5
DE 2 A 5 AÑOS	21	20,0
DE 6 A 10 AÑOS	41	39,0
MAS DE 10 AÑOS	32	30,5
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 5 TIEMPO DE ENFERMEDAD



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

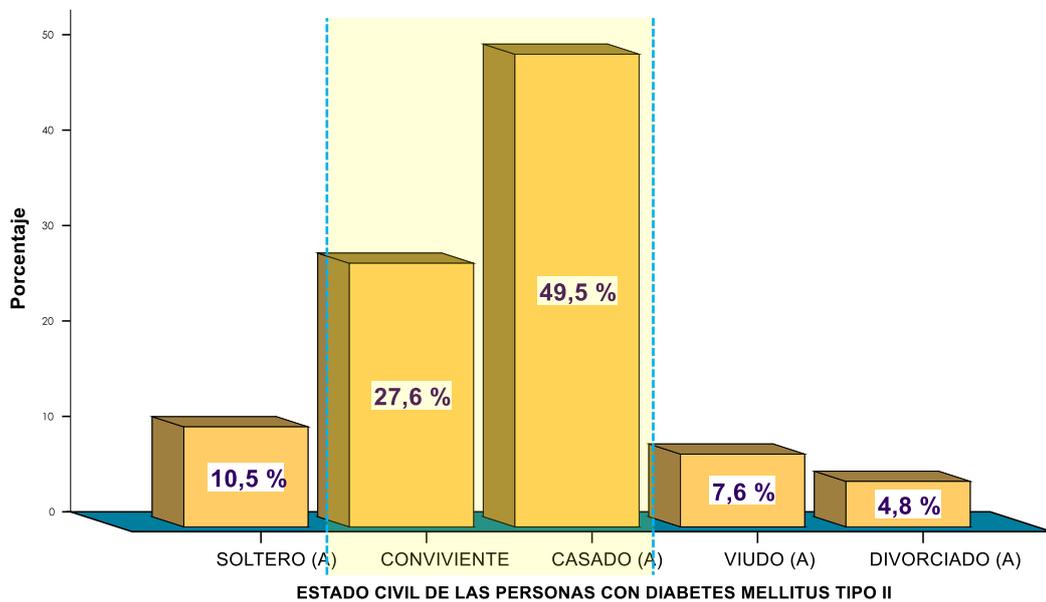
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que de 105(100 %), 73(69.5 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II, llevan más de 6 años con la enfermedad; esto significa que la mayor proporción de pacientes diabéticos llevan el suficiente tiempo de enfermedad para haberse informado sobre la enfermedad y adoptado las conductas más adecuadas al manejo de la enfermedad, además ya han podido determinar el grado de apoyo que les pueden ofrecer sus familiares.

TABLA 6: ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO (A)	11	10,5
CONVIVIENTE	29	27,6
CASADO (A)	52	49,5
VIUDO (A)	8	7,6
DIVORCIADO (A)	5	4,8
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 6 : ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que de 105(100 %), 81(77.1 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II, son casados o convivientes; esto significa que la mayor proporción de pacientes diabéticos viven en compañía de su pareja y pueden disponer de su apoyo y cuidado; asimismo las modificaciones del estilo de vida para el control de la enfermedad involucran indefectiblemente la participación de la pareja; también todas las decisiones referentes a su salud conciernen a la pareja, por lo que debe de ser considerada en todos los procesos terapéuticos.

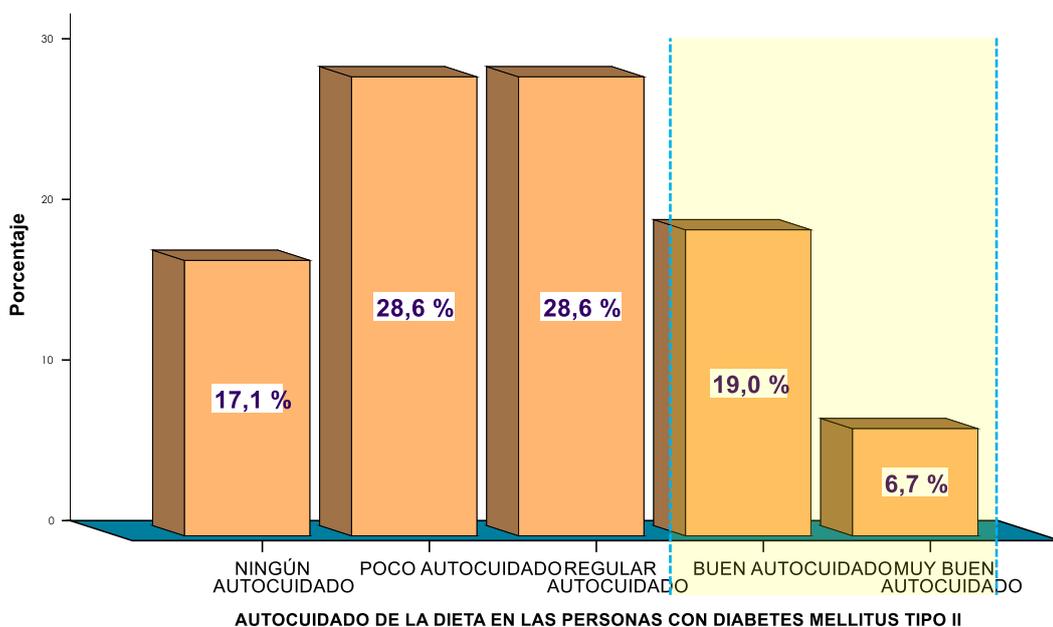
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 7: AUTOCUIDADO DE LA DIETA

	Frecuencia	Porcentaje
NINGÚN AUTOCUIDADO	18	17,1
POCO AUTOCUIDADO	30	28,6
REGULAR AUTOCUIDADO	30	28,6
BUEN AUTOCUIDADO	20	19,0
MUY BUEN AUTOCUIDADO	7	6,7
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: AUTOCUIDADO DE LA DIETA



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

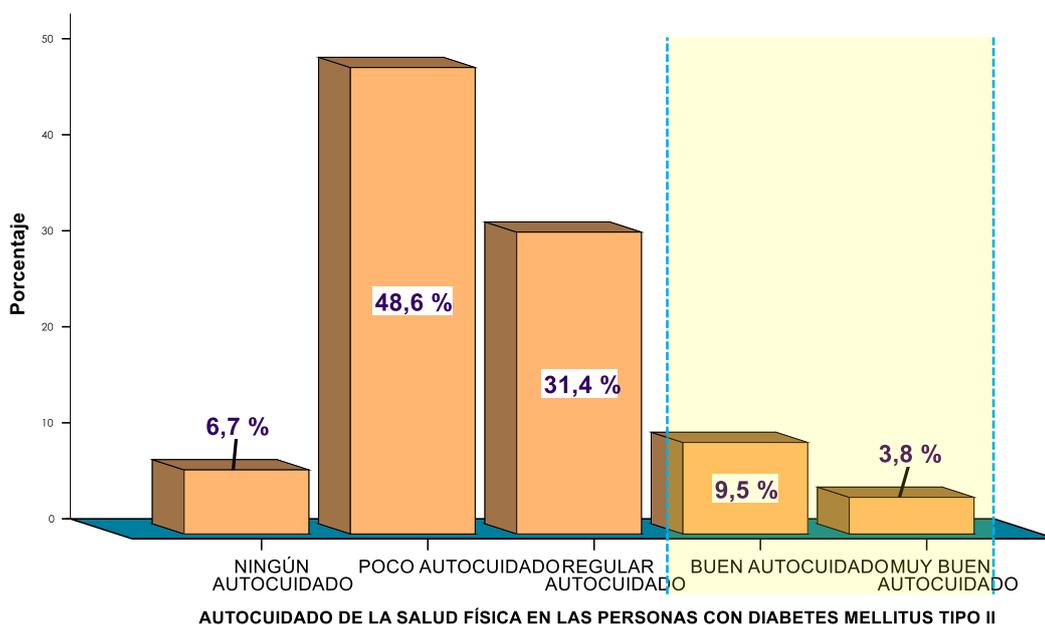
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que de 105(100 %), 27(25.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado de la dieta.

TABLA 8: AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA

	Frecuencia	Porcentaje
NINGÚN AUTOCUIDADO	7	6,7
POCO AUTOCUIDADO	51	48,6
REGULAR AUTOCUIDADO	33	31,4
BUEN AUTOCUIDADO	10	9,5
MUY BUEN AUTOCUIDADO	4	3,8
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 8 AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

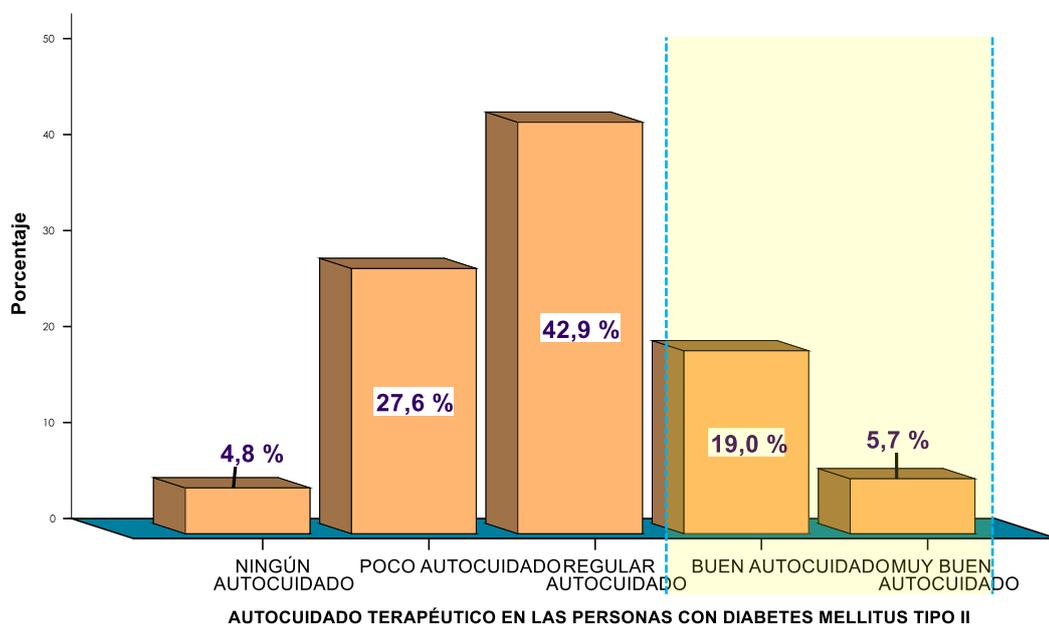
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que de 105(100 %), 14(13.3 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado de la salud física.

TABLA 9: AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

	Frecuencia	Porcentaje
NINGÚN AUTOCUIDADO	5	4,8
POCO AUTOCUIDADO	29	27,6
REGULAR AUTOCUIDADO	45	42,9
BUEN AUTOCUIDADO	20	19,0
MUY BUEN AUTOCUIDADO	6	5,7
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 9 AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

En la Tabla 9, Figura 9, se observa que de 105(100 %), 26(24.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado terapéutico.

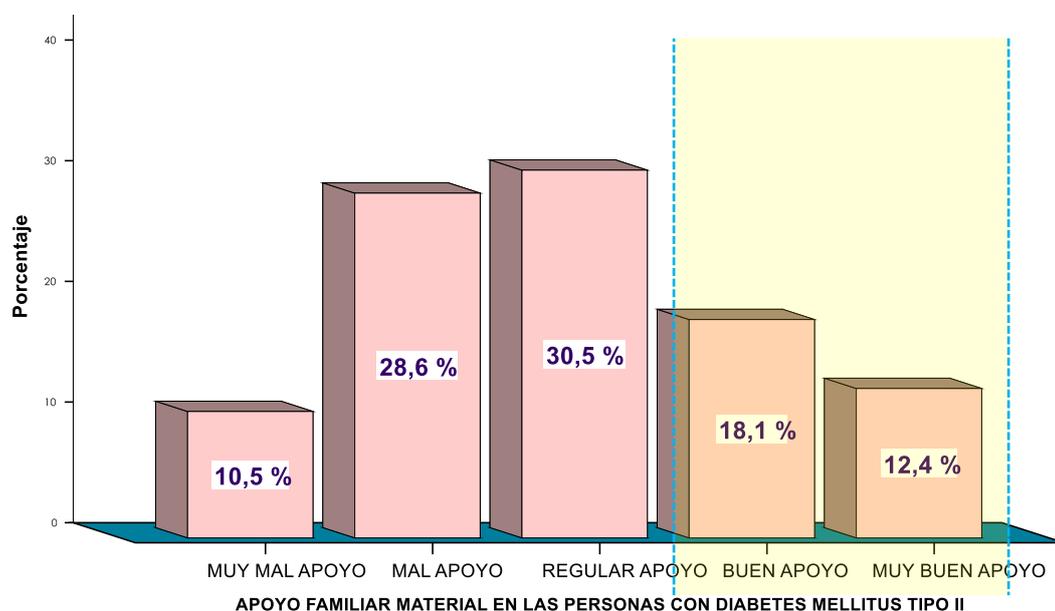
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO FAMILIAR EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

TABLA 10: APOYO FAMILIAR MATERIAL

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MAL APOYO	11	10,5
MAL APOYO	30	28,6
REGULAR APOYO	32	30,5
BUEN APOYO	19	18,1
MUY BUEN APOYO	13	12,4
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 10 : APOYO FAMILIAR MATERIAL



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

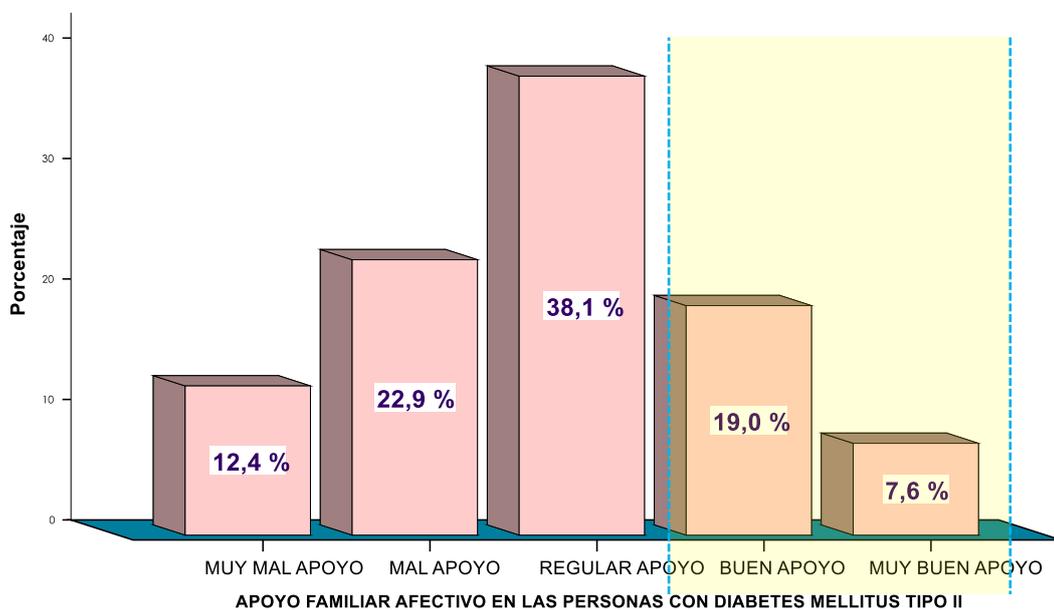
En la Tabla 10, Figura 10, se observa que de 105(100 %), 32(30.5 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar material.

TABLA 11: APOYO FAMILIAR AFECTIVO

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MAL APOYO	13	12,4
MAL APOYO	24	22,9
REGULAR APOYO	40	38,1
BUEN APOYO	20	19,0
MUY BUEN APOYO	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 11 APOYO FAMILIAR AFECTIVO



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

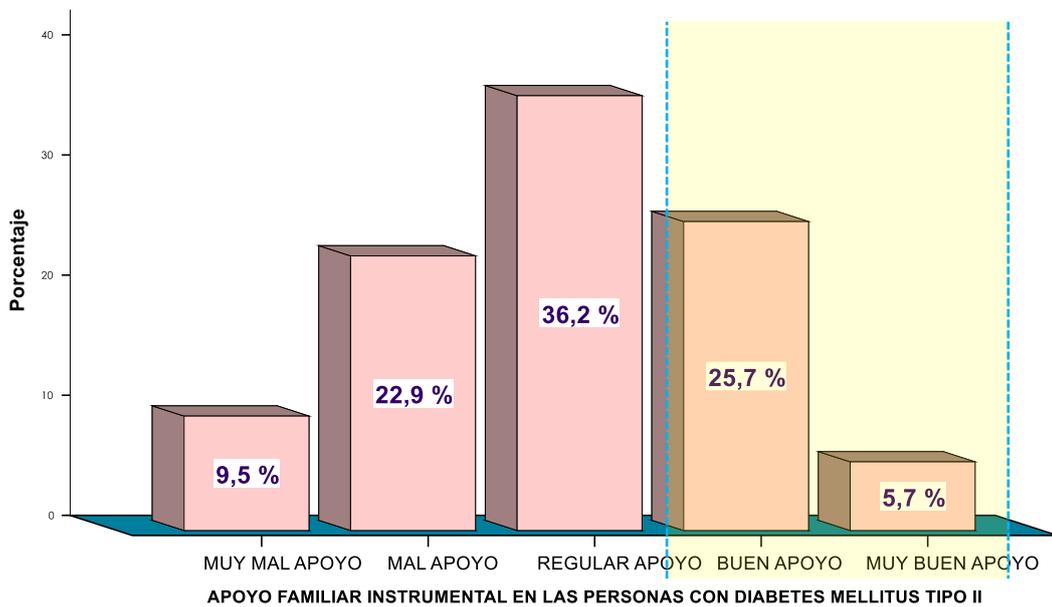
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que de 105(100 %), 28(26.6 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar afectivo.

TABLA 12: APOYO FAMILIAR INSTRUMENTAL

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MAL APOYO	10	9,5
MAL APOYO	24	22,9
REGULAR APOYO	38	36,2
BUEN APOYO	27	25,7
MUY BUEN APOYO	6	5,7
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

FIGURA 12 : APOYO FAMILIAR INSTRUMENTAL



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
Elaboración: Propia.

En la Tabla 12, Figura 12, se observa que de 105(100 %), 33(31.4 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar instrumental.

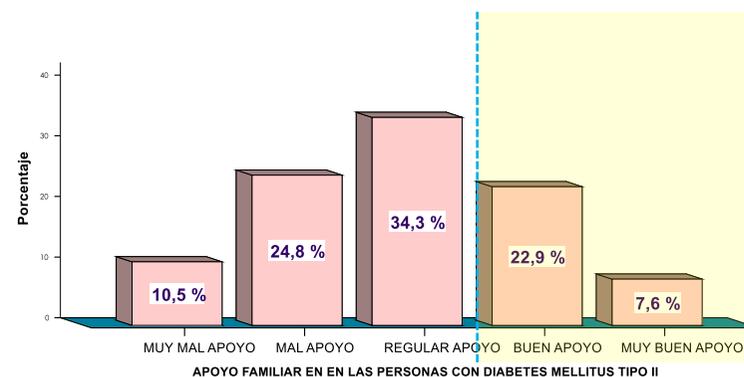
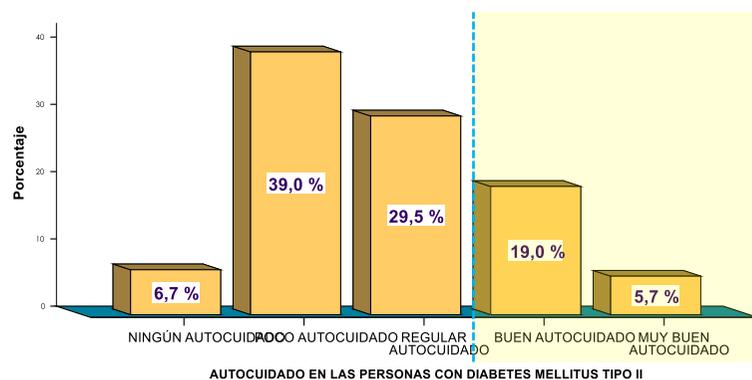
TABLA 13: CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR
APOYO FAMILIAR

	Frecuencia	Porcentaje
NINGÚN AUTOCUIDADO	7	6,7
POCO AUTOCUIDADO	41	39,0
REGULAR AUTOCUIDADO	31	29,5
BUEN AUTOCUIDADO	20	19,0
MUY BUEN AUTOCUIDADO	6	5,7
Total	105	100,0

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MAL APOYO	11	10,5
MAL APOYO	26	24,8
REGULAR APOYO	36	34,3
BUEN APOYO	24	22,9
MUY BUEN APOYO	8	7,6
Total	105	100,0

FIGURA 13 CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR



Fuente: Encuesta aplicada a las personas con diabetes mellitus tipo II usuarias del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión; Huancayo en el 2018
 Elaboración: Propia.

En la Tabla 13, Figura 13, se observa que; de 105(100 %), 26(24.7 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II manifiestan tener un buen o muy buen autocuidado; Asimismo, de 105(100 %), 32(30.5 %) de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Para determinar la prueba estadística que corresponde al tipo de estudio; se debe de comprobar la normalidad de los datos muestrales; dado que al cumplirse el supuesto de normalidad será posible utilizar pruebas estadísticas paramétricas. La normalidad se refiere, a que los valores medios o próximos a la media de la variable son más abundantes y los valores extremos o más alejados de la media, son más escasos. Si los datos de la muestra siguen una distribución normal, significa que los datos poblacionales también tienen distribución normal; en consecuencia, en base a los estadísticos (calculados en la muestra) podremos aproximarnos a los parámetros (en la población) con baja probabilidad de error (44).

TABLA 14: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

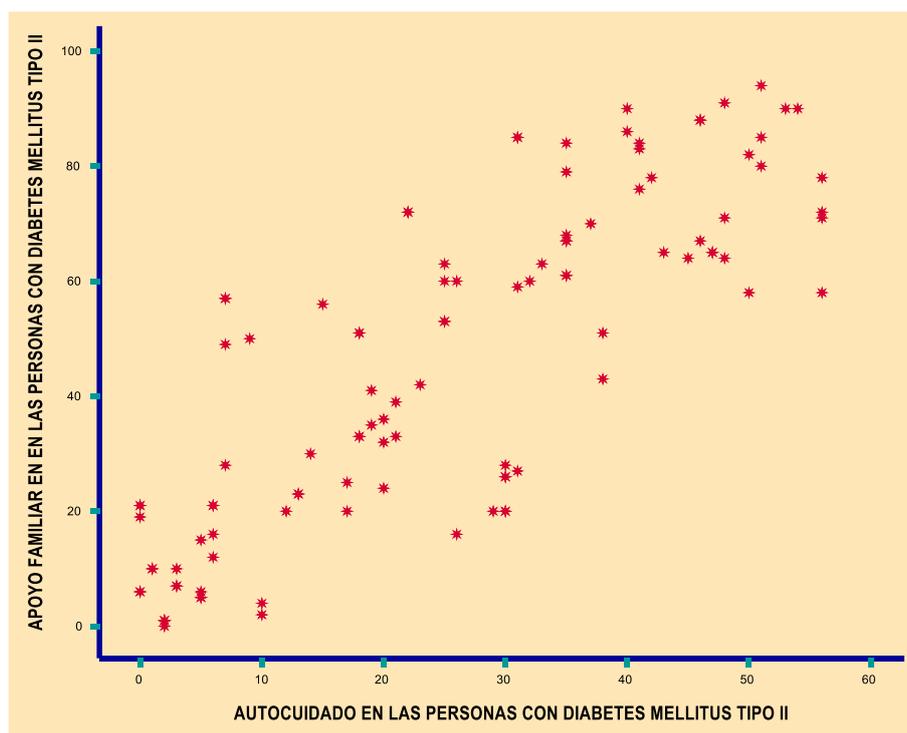
	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	,071	105	,181*	,985	105	,259
APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	,084	105	,176*	,979	105	,212

En la tabla 14, se observa que; de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, los datos: consolidados de la variable “autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II” y “apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II” tiene distribución normal ($p > 0.05$). Por lo tanto, el estadígrafo de contraste correlacional corresponde a Pearson que es para variables paramétricas.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Para especificar la relación entre dos variables, es conveniente primero hacer un análisis gráfico en el que se pueda visualizar la posible correspondencia. Lo más apropiado es utilizar el diagrama de dispersión para este propósito. El diagrama de dispersión, es un gráfico con puntos que indican pares de datos; cada par de datos representa a un caso observado al que le corresponde un valor en un eje (X) que representa a una primera variable (autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II) y otro valor en otro eje (Y) que representa a otra variable (apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva (45). Para determinar la asociación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; se efectuó un análisis gráfico; obteniéndose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 14 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 16, se ve la relación directa y proporcional entre el autocuidado y el apoyo familiar; en base a la figura logramos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 15: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II		
AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Correlación de Pearson	,442**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 18, se ve que el coeficiente de Pearson es moderado positivo para la correlación entre autocuidado y el apoyo familiar ($r = 0,442$); con un grado de importancia de 0,000 que es inferior a 0.05. Estas resultas nos admiten afirmar: cuando se aumenta el autocuidado, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; con lo que se prueba la hipótesis planteada.

Prueba de la Hipótesis General

Paso 1: Planteamiento de las hipótesis de estudio

H_0 : No existe relación significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

H_1 : Existe relación significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

Paso 2: Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Lectura del resultado

El valor de $r = 0.442$ que indica una relación directa y débil (Ver anexo 09) y la significancia bilateral ($p = 0.000 < 0.05$) que prueba que la relación es significativa

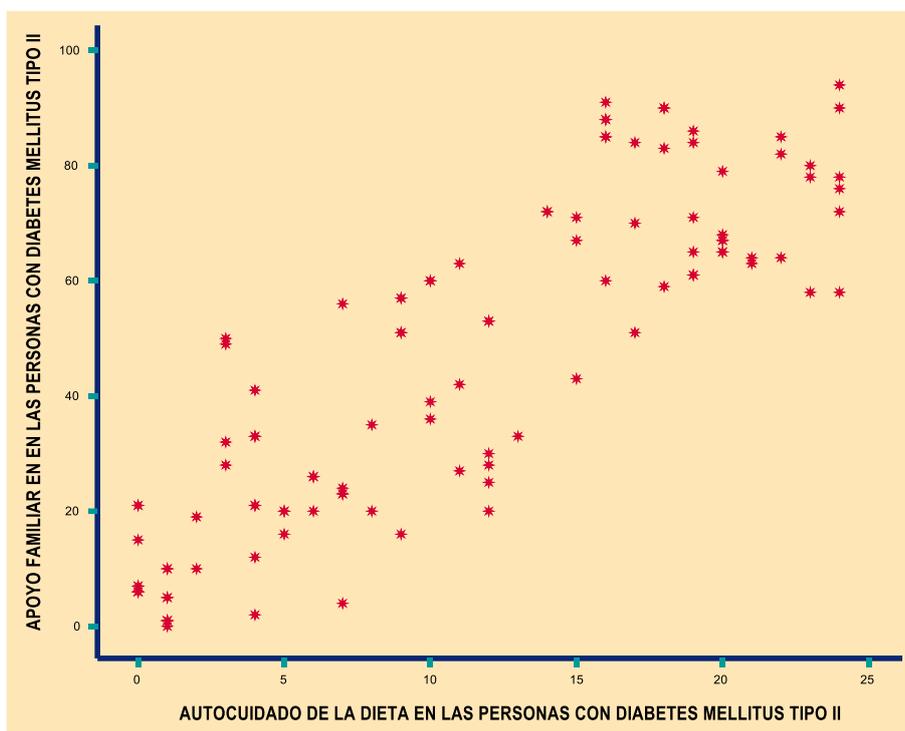
Paso 4: Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis propuesta por el investigador que refiere que existe relación significativa entre el autocuidado t y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II. ($p = 0.000 < 0.05$)

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Para especificar la relación entre dos variables, es conveniente primero hacer un análisis gráfico en el que se pueda visualizar la posible correspondencia. Lo más apropiado es utilizar el diagrama de dispersión para este propósito. El diagrama de dispersión, es un gráfico con puntos que indican pares de datos; cada par de datos representa a un caso observado al que le corresponde un valor en un eje (X) que representa a una primera variable (autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo II) y otro valor en otro eje (Y) que representa a otra variable (apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva (45). Para determinar la asociación entre el autocuidado de la dieta (primera dimensión del autocuidado) y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; se efectuó un análisis gráfico; obteniéndose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 15 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la Figura 13, se observa la asociación directamente proporcional entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 16 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIETA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

		APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II
AUTOCUIDADO DE LA DIETA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Correlación de Pearson	,451**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 15, se ve que el coeficiente de Pearson es moderado positivo para la relación entre autocuidado de la dieta y el apoyo familiar ($r = 0,451$); con un grado de significancia de 0,000 que es inferior a 0.05. Estas resultados nos consienten afirmar: cuando se incrementa el autocuidado de la dieta, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; consecuentemente la hipótesis que se propuso está probada.

Prueba de la Hipótesis Específica 1

Paso 1: Planteamiento de las hipótesis de estudio

H_0 : No existe relación significativa entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

H_1 : Existe relación significativa entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

Paso 2: Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Lectura del resultado

El valor de $r = 0.451$ que indica una relación directa y débil (Ver anexo 09) y la significancia bilateral ($p = 0.000 < 0.05$) que prueba que la relación es significativa

Paso 4: Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis propuesta por el investigador que refiere que existe relación significativa entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II. ($p = 0.000 < 0.05$)

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Para especificar la relación entre dos variables, es conveniente primero hacer un análisis gráfico en el que se pueda visualizar la posible correspondencia. Lo más apropiado es utilizar el diagrama de dispersión para este propósito. El diagrama de dispersión, es un gráfico con puntos que indican pares de datos; cada par de datos representa a un caso observado al que le corresponde un valor en un eje (X) que representa a una primera variable (autocuidado de la salud física en personas con diabetes mellitus tipo II) y otro valor en otro eje (Y) que representa a otra variable (apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva (45). Para determinar la asociación entre el autocuidado de la salud física (segunda dimensión del autocuidado) y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; se efectuó un análisis gráfico; obteniéndose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 16 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 14, se observa la asociación directamente proporcional entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 17 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II		
AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Correlación de Pearson	,427**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 16, se consigue ver que el coeficiente de Pearson es moderado positivo para la interrelación entre autocuidado de la salud física y el apoyo familiar ($r = 0,427$); con un grado de importancia de 0,000 que es inferior a 0.05. Estas resultas nos admiten realizar la afirmación: cuando se incrementa el autocuidado de la salud física, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; consecuentemente queda probada la hipótesis planteada.

Prueba de la Hipótesis Específica 2

Paso 1: Planteamiento de las hipótesis de estudio

H_0 : No existe relación significativa entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

H_1 : Existe relación significativa entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

Paso 2: Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Lectura del resultado

El valor de $r = 0.427$ que indica una relación directa y débil (Ver anexo 09) y la significancia bilateral ($p = 0.000 < 0.05$) que prueba que la relación es significativa

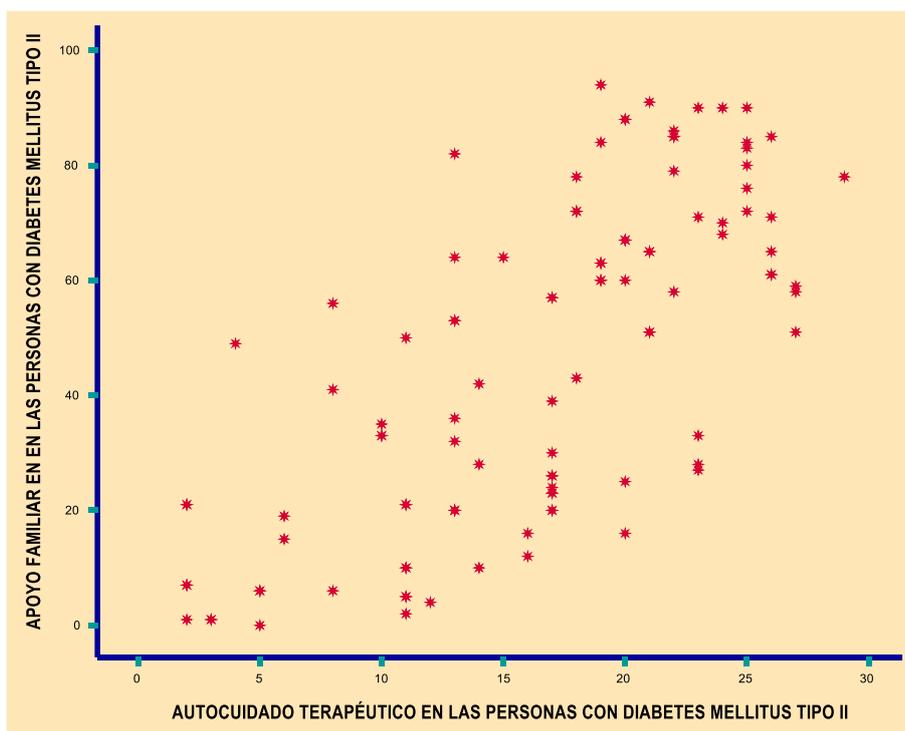
Paso 4: Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis propuesta por el investigador que refiere que existe relación significativa entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II. ($p = 0.000 < 0.05$)

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II.

Para especificar la relación entre dos variables, es conveniente primero hacer un análisis gráfico en el que se pueda visualizar la posible correspondencia. Lo más apropiado es utilizar el diagrama de dispersión para este propósito. El diagrama de dispersión, es un gráfico con puntos que indican pares de datos; cada par de datos representa a un caso observado al que le corresponde un valor en un eje (X) que representa a una primera variable (autocuidado terapéutico en personas con diabetes mellitus tipo II) y otro valor en otro eje (Y) que representa a otra variable (apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva (45). Para determinar la asociación entre el autocuidado terapéutico (tercera dimensión del autocuidado) y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; se efectuó un análisis gráfico; obteniéndose el siguiente diagrama de puntos de dispersión.

FIGURA 17 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II



En la figura 15, se observa la asociación directamente proporcional entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar; en base a la figura podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II.

Tabla 18 RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO Y EL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II		
AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II	Correlación de Pearson	,449**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 17, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre autocuidado terapéutico y el apoyo familiar ($r = 0,449$); con un nivel de significancia de 0,000 que por mucho es menor a 0.05. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementa el autocuidado terapéutico, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

Prueba de la Hipótesis Específica 3

Paso 1: Planteamiento de las hipótesis de estudio

H_0 : No existe relación significativa entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

H_1 : Existe relación significativa entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II

Paso 2: Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Lectura del resultado

El valor de $r = 0.449$ que indica una relación directa y débil (Ver anexo 09) y la significancia bilateral ($p = 0.000 < 0.05$) que prueba que la relación es significativa

Paso 4: Decisión Estadística

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis propuesta por el investigador que refiere que existe relación significativa entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II. ($p = 0.000 < 0.05$)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

En la investigación hallamos que solo el 24.7 % de las personas con diabetes mellitus tipo II manifiestan tener un buen o muy buen autocuidado; esto denota que solo la cuarta parte de los usuarios logran cambiar determinadas orientaciones de su vida para sobreponerse a la enfermedad y eludir posibles complicaciones. También se ha visto que mantener un buen autocuidado depende de: las aptitudes aprendidas, la voluntad individual y tener la convicción de que el autocuidado es la forma más importante de controlar y anticipar las complicaciones de la diabetes. Pocos usuarios pueden controlar idealmente su alimentación e incrementar su actividad física, en la mayoría de ellos el tipo de trabajo es el principal obstáculo para poder establecerse un régimen dietético y de actividad física adecuado a su condición de salud; todo paciente diabético requiere el apoyo de sus familiares para poder afrontar de forma efectiva la enfermedad por medio de un adecuado autocuidado.

De forma similar, Abdelmajid R, Bashir Y, Zyoud S y Morisky D, hallan que solo la tercera parte de los pacientes con diabetes mellitus tipo II, llevan un autocuidado satisfactorio, una de las principales causas del inadecuado autocuidado es el bajo conocimiento y las escasas destrezas para afrontar los diversos problemas que se suscitan tras la sintomatología de la enfermedad, a la mayoría les resulta muy dificultoso tolerar y habituarse a un nuevo estilo de vida. Alcanzar un adecuado autocuidado exige gestionar las demandas de la enfermedad, realizando esfuerzos cognitivos y conductuales, que requiere tener plena conciencia de la enfermedad sus riesgos y las posibilidades de control; asimismo se debe de perpetrar una efectiva regulación emocional con cambios de comportamiento, manteniendo un estado de ánimo positivo. Un buen nivel de autoeficacia mejora el autocuidado al mejorar la autoconfianza, la fe, la fuerza de voluntad y la autosuficiencia. El autocuidado debe de gestionar adecuadamente el tiempo, el comportamiento asertivo, y otros recursos internos como: la fuerza de voluntad, sentido del humor, creatividad, sentido de la razón, autoeficacia, fe y optimismo. También es favorable administrar de forma óptima el dinero y el soporte social ofrecido por los amigos y familiares (48).

Asimismo, Feleke T, Chisha Y Wogayehu B, encuentran que solo alrededor del 35% de los usuarios diabéticos lleva un autocuidado conveniente. Para llevar un adecuado autocuidado los pacientes deben de tener conciencia cabal del problema caracterizado por: un enfoque claro y una perspectiva completa de la situación en cuestión. Por su propia naturaleza el estrés producido por la enfermedad tiende a fomentar una visión miope,

distorsionando tanto el enfoque como la perspectiva. Un autocuidado efectivo requiere de procesos metódicos, de la previsión de recursos, de comportamientos modificados y de una actitud positiva. El autocuidado será precario cuando exista: evitación del problema o la inhibición de la acción, la victimización, la inmovilidad emocional, la agresión hostil y los comportamientos adictivos autodestructivos. Del mismo modo, las personas con comportamientos codependientes y comportamientos indefensos sin esperanza tienen más probabilidades de desertar al autocuidado, mientras que las personas con una personalidad resistente, con búsqueda de sensaciones confrontarán el problema (49).

Así también, Monette M, comprueba que menos de la mitad de los diabéticos tienen un autocuidado favorable. El autocuidado se ve alterado cuando las demandas exceden a la capacidad del paciente, asimismo el tipo de trabajo que realiza la persona y la rutina que debe de cumplir impide un adecuado autocuidado. Es frecuente que el paciente diabético tenga ansiedad que a su vez le provoca: insomnio, preocupación excesiva, irritabilidad y tensión muscular que dificulten aún más el autocuidado; también es frecuente la sensación de fatiga permanente que incapacita al paciente en la realización de las tareas físicas y mentales que son parte del autocuidado. Es fundamental que el paciente adquiera las habilidades necesarias para poder auto atender a sus necesidades y para esto es determinante que reciba educación sobre la autogestión informada de su enfermedad. La variedad de apoyos materiales y emocionales que el paciente recibe de otros, incrementa la sensación de control de la enfermedad e impulsa la adopción de un estilo

de vida saludable y además le da fortaleza emocional para enfrentar el estrés producido por la diabetes (50).

De la misma manera, Ismile S, evidencian que menos de la tercera parte de los usuarios diabéticos realizan un autocuidado favorable a su condición de salud. Un adecuado autocuidado requiere evitar la distorsión cognitiva, dado que tener una visión catastrófica de la situación impide asumir prácticas convenientes de autocuidado. Mantenerse en un estado de alarma atenúa la capacidad de pensar racionalmente y afecta la capacidad de auto atender a sus necesidades de forma efectiva. Asimismo, se encontró que los pacientes con un "espíritu de lucha" tenían más probabilidades de llevar un efectivo autocuidado y evitar las complicaciones frente a los que se daban por vencidos. En muchos pacientes la terquedad y la comodidad de mantenerse en sus propias opiniones negativas, se convierten en obstáculos en el proceso de tratamiento. La aceptación de situaciones sobre las que el paciente no tiene control es primordial como estrategia de manejo del estrés, aunque es un estado mental difícil de adoptar. Las emociones positivas mejoran la predisposición para el autocuidado, y las fuentes de estas emociones son: asumir una postura religiosa positiva que mejora la esperanza, la ayuda y afectuosidad familiar, y el apoyo social. Participar de grupos de apoyo para mejorar las habilidades para resolver problemas refuerzan el autocuidado y mejoran los resultados en la salud (51).

6.2. CARACTERÍSTICAS DEL APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

En la investigación hallamos que solo el 30.5 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar; esto significa que solo alrededor de la tercera parte de los usuarios, son beneficiados de un conveniente apoyo de sus familiares en sus esfuerzos por controlar su enfermedad; esto se debe a que; las familias tienen procesos rutinarios preestablecidos que son difíciles de modificar, además en nuestro medio, el modo de vida familiar no está direccionado hacia la conservación de la salud sino que se estructura en base a arraigos culturales. El tipo de alimentación privilegia el sabor y pocas veces considera el efecto nocivo que pueda tener en la salud; la práctica deportiva como principal actividad física recreativa responde a procesos de socialización y no está prevista para favorecer a la salud; además, existe desconfianza y alejamiento de la medicina convencional de forma que los diagnósticos y tratamientos establecidos por el personal de salud son cuestionados, puestos en duda e incluso rechazados; en consecuencia la existencia de un apoyo familiar favorable al control de la diabetes es escaso al principio; como la enfermedad tiende a prologarse, es probable que con el transcurso del tiempo los miembros de la familia modifiquen su perspectiva y mejore el apoyo familiar.

De forma similar, Luthfa I y Ardian I, hallan que un porcentaje menor a la mitad de los pacientes diabéticos, tienen un adecuado apoyo familiar, esto se debe principalmente a las dificultades económicas; dado que, si los familiares viven en situación de pobreza, no tienen la posibilidad de dar ayuda

económica o asumir los gastos del paciente; además como la enfermedad se prolonga y supone un gasto permanente agudiza la condición de pobreza. Asimismo, existen situaciones en las que resulta más cómodo para los familiares alejarse del paciente y evitar el involucramiento afectivo por considerarla una molestia. Son los familiares que viven con el paciente los que de alguna forma deben de colaborar con: la alimentación, ejercicio físico, controles médicos e higiene del diabético. Dependiendo de las circunstancias la participación de la familia en el cuidado del paciente pueden facilitar o amenazar los comportamientos de autocuidado, en la mayoría de casos las parejas respaldan la salud nutricional a través de la adquisición de alimentos, la preparación de comidas y los planes de comidas compartidas, socavan a las rutinas dietéticas nocivas a través de comentarios críticos y una comunicación eficaz; sin embargo con el transcurso del tiempo se pierde la motivación y se flexibilizan los regímenes dietéticos además se abandonan las moderaciones aplicadas al estilo de vida (52).

Asimismo, Yamin A y Mambang C, encuentran que un poco más de la tercera parte de los pacientes diabéticos tienen un buen apoyo familiar; entre las causas del reducido apoyo familiar, se destaca que las familias poseen comportamientos modelados llamados rutinas bajo las cuales organizar su vida cotidiana y estas rutinas son difíciles de ser cambiadas para apoyar en el cambio de estilo de vida del paciente. Las rutinas están integradas al contexto sociocultural y ecológico y son congruentes a ella. Las familias crean y modifican sus experiencias sobre la diabetes y son: los valores, las percepciones, las motivaciones o los roles los que impulsan la voluntad de los

familiares para apoyar al diabético; también los factores familiares como: la cohesión, resiliencia, individualización, límites, comunicación, coordinación y control serán determinantes para que los familiares destinen su tiempo, sus esfuerzos y sus recursos en favor del familiar diabético. El grado de conocimiento de los familiares sobre la diabetes y la forma de intervenir afecta la percepción de la enfermedad y puede propiciar actitudes de colaboración con el paciente; muchos familiares toman a los cambios en el estilo de vida como una medio que también le ayudará a ellos a conservar su salud y de esa manera se armonizan esfuerzos y los familiares colaboran para poder adoptar un mejor estilo de vida (53).

Así también, García G, Rodríguez A y Garibo R, comprueban que menos de la mitad de los diabéticos reciben un apoyo familiar favorable al manejo de la enfermedad; incluso es común que los familiares obstaculicen la adopción de nuevos estilos de vida y que no se solidaricen con condición del enfermo; es necesario que las modificaciones dietéticas, de actividad física, higiene y de controles de salud se den en el ámbito familiar; sin embargo hay reacciones, convicciones y percepciones contrarias entre los familiares que hacen inviables estos cambios. Se encontró que muchos familiares tienen sentimientos de conmoción, miedo, vergüenza e incertidumbre ante el problema. Los familiares tienen creencias sobre la elección de alimentos apropiados, comidas saludables y preferencias culturales de alimentos y pocas veces están dispuestos a modificarlos, las percepciones alimentarias están influenciadas por la cultura familiar y los patrones dietéticos intergeneracionales y persistirán en los gustos y preferencias de los familiares.

Se ha encontrado que, a pesar de existir la voluntad y los sentimientos favorables al bienestar del paciente entre los familiares, para ellos es difícil sacrificar los placeres alimenticios o abandonar parte de sus rutinas para poder atender al familiar enfermo; la mayor parte de los familiares preferirá siempre seguir con su ritmo particular de vida, incluso recurrirán a abandonar el hogar antes de cargar con las molestias de asistir al familiar enfermo, otros preferirán internar al familiar en alguna institución sanitaria que se encargue del problema para no ver afectada su dinámica social y laboral (54).

De la misma manera, Bennich B, Røder M, Overgaard D y Egerod I, evidencian que menos de la mitad de los pacientes diabéticos tienen el apoyo de sus familiares. Las rutinas y rituales familiares son eventos que incluyen interacciones familiares específicas que requieren de un proceso adaptativo para que puedan ser modificadas. Los rituales familiares transmiten representaciones y creencias sobre la identidad de la familia y vinculan a los estilos de vida y es esa condición la que dificulta el cambio de los modos habituales de vida en la familia. Cuando en la familia aparecen eventos estresantes como la diabetes en uno de sus integrantes, se interrumpen sus rutinas y rituales habituales; las familias ingresan a un proceso de reorganización de la vida diaria para acomodarse a las nuevas demandas dándose el proceso de socialización a la enfermedad. Los cambios son generalizados y afectan a todos los escenarios y aspectos de la vida familiar; sin embargo, muchos miembros se resistirán o estarán en desacuerdo con los cambios y la familia no alcanzará una adaptación beneficiosa al control de la diabetes. A pesar de existir el impulso afectivo de favorecer al enfermo, la

perdida de bienestar que podría representar el cambio en cada uno de los miembros de la familia se constituirá en obstáculo para la ayuda familiar efectiva (55).

6.3. AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre el autocuidado y el apoyo familiar ($r = 0,442$); esto significa que: cuando se incrementa el autocuidado, mejora el apoyo familiar; este resultado podría fundamentarse en qué; es el paciente con diabetes quien al ser consciente de su enfermedad decide adoptar determinadas acciones para poder controlar el problema, estas acciones se constituyen en maniobras de autocuidado y suscitan la ayuda de los familiares. El paciente diabético al reconocer la existencia de la enfermedad e identificar las posibilidades que tiene de controlarla, se traza metas objetivas que serán instrumentadas por medio del autocuidado; también identifica los recursos con los que dispone y puede involucrar la participación de la familia como un recurso que viabilice sus esfuerzos de autocuidado. Es el autocuidado como medio para controlar a la enfermedad es el que lleva a un mejor apoyo familiar; dado que, a pesar de las intenciones familiares benefactoras, de ayudar a la recuperación del paciente; si este no adopta un adecuado autocuidado, la colaboración de la familia podría ser infructuosa y no se constituirían en ayuda, al no impactar en la mejora de la salud del paciente. Es el paciente el que se plantea modificar su estilo de vida y se aferra con firmeza a determinados

preceptos, de esa forma plasma su autocuidado, de forma complementaria la familia en su propósito de beneficiar la salud del familiar enfermo, adecua sus intervenciones a los criterios de autocuidado preestablecido por el mismo paciente con la asesoría de un profesional de la salud.

De forma similar; Ravi S, Kumar S, Gopichandran V, encuentra que existe una asociación entre el autocontrol de la diabetes y el apoyo familiar a la diabetes; el modelo de regresión mostró que existe una asociación estadísticamente significativa positiva entre el apoyo familiar y el autocontrol de la diabetes, se confirma que el apoyo familiar se asocia con mejores actividades de autocuidado. Asimismo, se comprueba que la diabetes de un miembro de la familia es la manifestación de un problema en el estilo de vida de toda la familia y que todos los integrantes de la familia están en grave riesgo; por lo tanto, seguir y compartir las pautas de autocuidado establecidos; significa para cada integrante de la familia “cuidar de sí mismo”. De esta manera las prescripciones del autocuidado particular del paciente se hacen generales para toda la familia y deben de atender a modificaciones en la dieta, incrementar y regular la actividad física y estar atentos a cualquier tipo de sintomatología sospechosa (11).

De igual modo; Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P, localiza que el apoyo familiar tiene un impacto positivo en la dieta saludable, un mayor apoyo percibido lleva a: un mejor autocuidado, un mejor bienestar psicológico y un mejor control de la glucemia; también se encontró que el apoyo familiar mejora los comportamientos de autocontrol y los resultados de

salud entre los pacientes con glucemia descontrolada, los hallazgos sugieren que; el establecer pautas claras de autocuidado llevan al compromiso familiar y direccionan de forma favorable la atención diabética. Así también para los familiares contribuir con el autocuidado es la forma de expresar el afecto sentido por el familiar enfermo y la enfermedad es la oportunidad para consolidar y fortalecer la unidad familiar, de esta manera si hubieron conflictos precedentes esta es la oportunidad para la reconciliación y la integración de esfuerzos de todos los integrantes del núcleo familiar; el autocuidado puede constituirse en el medio de fortalecer los vínculos afectivos familiares y así incrementar de forma sustancial el apoyo familiar (12).

De igual manera; Vaccaro J, Exebio J, Zarini G, Huffman F, comprueba que los puntajes más altos del autocuidado se asociaron con puntajes de apoyo familiar más altos; asimismo la etnia influye en el tipo y grado de apoyo otorgado por la familia; además las costumbres propias de cada grupo cultural son determinantes en el tipo de autocuidado que adopta el enfermo con diabetes; se evidencia una asociación directa y significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar. Así también solo el 40 % de los enfermos diabéticos adopta un adecuado autocuidado y de ellos el 63% disponen de un adecuado apoyo familiar. Asimismo, cuando el paciente proyecta y manifiesta los regímenes de su autocuidado muestra la gran esperanza que tiene en recuperar o preservar su salud y continuar con la dinámica de su vida; esta forma de afrontar a la enfermedad trasmite esperanza y optimismo a los demás miembros de la familia los que se ofrecerán voluntariamente y con agrado a apoyar a las actividades de autocuidado de su familiar enfermo, esta

esperanza suscitada en el diabético ofrece nuevas forma de ver el mundo y encontrar nuevas opciones en el recorrido de vida de todos los integrantes de la familia (13).

De igual forma; Ahmad S, Shdaifat E, Mohd H, corrobora que existe asociación directa significativa entre el autocuidado y el apoyo social y familiar; asimismo se evidenció un mejor control glicémico en los pacientes que reciben mayor apoyo de familiares y amigos; el autocuidado es reforzado por los familiares pero a la vez asumir un estricto régimen de autocuidado lleva a un apoyo familiar y social más efectivo; se pudo observar que el paciente diabético puede sugerir y proponer la forma en que los familiares y amigos pueden ayudarlo de forma efectiva a superar su enfermedad. Así también, el autocuidado puede hacer visible las malas prácticas seguidas por la familia, puede llevar a reflexionar y replantear las rutinas, los hábitos, los roles y las responsabilidades; incluso permite la adopción de un modo de vida más virtuoso que produce mayor bienestar psicológico y espiritual a los miembros de la familia. Llevar una vida con moderaciones y someter el cuerpo al entrenamiento físico aporta mayor salud y bienestar a toda la familia además de ser de ayuda para el paciente (14).

Del mismo modo, Cusi M y Marín A, confirma que existe una relación directamente proporcional y significativa entre el autocuidado y el apoyo familiar asimismo el 36% de los pacientes posee una buena capacidad de autocuidado y solo el 20.9% declara tener un alto apoyo familiar; se enfatiza que una buena capacidad de autocuidado induce a un apoyo familia favorable;

asimismo, el autocuidado lleva a adquirir mayor información sobre la enfermedad y sobre cada una de las nuevas conductas a ser adoptadas o ser modificadas; el autocuidado lleva a adquirir las aptitudes necesarias para contribuir con el autocuidado de forma eficiente; en el transcurso del tiempo la familia mejora su instrucción y sus aptitudes para conservar su salud lo que los hará ser más saludables y tener mayor bienestar. Existen situaciones en las que el paciente no tiene la motivación ni la fortaleza suficiente para establecer los preceptos de su autocuidado y no puede comunicar las actividades en las que requiere el apoyo de sus familiares; los familiares nunca son conscientes de las implicancias de la enfermedad y además de no colaborar con la recuperación del paciente actúan de forma contraria e incluso boicotean los procesos de modificación de los estilo de vida, en estas situaciones la familia se constituye en un factor de riesgo y en vez de ser un apoyo se constituye en un perjuicio (15).

De la misma manera; Anaya A, encuentra que existe relación alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia (r de Pearson = 0,75), se evidencia también que menos de la tercera parte de los diabéticos son favorecidos con un adecuado apoyo familiar y solo el 30% de los enfermos lleva un autocuidado favorable al control de la diabetes. Se destaca también que, si el acompañamiento de la familia no se basa en pautas claras de autocuidado, la atención de la familia podría resultar perjudicial al estado de salud del paciente. Asimismo, cuando el paciente diabético revela que por medio del autocuidado podrá controlar la enfermedad y seguirá cumpliendo con sus obligaciones y responsabilidades cotidianas los familiares

se animan brindarle su apoyo. Un buen autocuidado hará que el ritmo de vida del paciente se vea poco afectado y esta posibilidad es vista como favorable por los familiares que no desean interferencias en su ritmo de vida; ante las posibilidades de un control efectivo de la enfermedad los familiares sienten la necesidad de dar el apoyo necesario al autocuidado del paciente por ser lo más conveniente para todos (16).

CONCLUSIONES

1. El autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II se caracteriza porque solo el 24.7 % de los pacientes manifiestan tener un buen o muy buen autocuidado; y de forma específica: el 25.7 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado de la dieta, el 13.3 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado de la salud física y el 24.7 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen autocuidado terapéutico.

2. El apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II se caracteriza porque solo el 30.5 % de las pacientes con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar; y de forma específica: el 30.5 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar material, el 26.6 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar afectivo y el 31.4 % de las personas con diabetes mellitus tipo II afirman tener un buen o muy buen apoyo familiar instrumental.

3. Cuando se incrementa el autocuidado de la dieta, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,451).

4. Cuando se incrementa el autocuidado de la salud física, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,427).

5. Cuando se incrementa el autocuidado terapéutico, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,449).

6. De forma general, cuando se incrementa el autocuidado, mejora el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,442).

RECOMENDACIONES

1. Es imprescindible implementar un programa que fortalezca el autocuidado en las personas con diabetes mellitus tipo II. Este programa estará dirigido a desarrollar aptitudes en el paciente que posibiliten un estricto y efectivo manejo dietético, también buscará el logro de aptitudes para proyectar y ejecutar de forma sostenida programas de actividad física acorde a su propia condición física. Además, el paciente comprenderá la necesidad de asistir de manera estricta a los controles médicos; también podrá llevar actividades meticolosas y sistemáticas de higiene corporal.
2. Es importante aprovisionar un programa que mejore el apoyo familiar, por medio del desarrollo de competencias para el cuidado del paciente diabético entre los integrantes de la familia; asimismo se fomentarán los lazos afectivos familiares y se plantearán estrategias para modificar estilos de vida contraproducentes en la familia. También es importante dotar a los familiares de aptitudes para poder realizar una congruente administración de los recursos familiares y la forma eficiente de distribuir responsabilidades y tareas de cuidado entre los miembros de la familia.
3. Es preciso equipar un programa que promueva el efectivo autocuidado de la dieta, por medio del desarrollo de aptitudes para la selección y preparación de alimentos que lleven al equilibrio metabólico del

paciente. Además, se desarrollarán habilidades para proporcionar alimentos de gran variedad y de buen sabor para asegurar la sostenibilidad del régimen dietético.

4. Es beneficioso proporcionar un programa que fortalezca el autocuidado de la salud física por medio del desarrollo de aptitudes para llevar de forma sostenida programas de ejercitación física evitando la aparición de crisis de hipoglicemia o problemas osteomusculares.
5. Es fundamental implementar un programa que promueva el autocuidado terapéutico, a través del entrenamiento de aptitudes para el manejo farmacológico, auto monitoreo de la glicemia y de la ampliación de conocimientos sobre la enfermedad para la comprensión integral de las indicaciones médicas proporcionadas en los controles de rutina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kane N, Hoogendoorn C, Tanenbaum M, Gonzalez J. Physical symptom complaints, cognitive emotion regulation strategies, self-compassion and diabetes distress among adults with Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2018; 36(4): p. 446 - 451.
2. Adhiambo R. Staff Education Program on Diabetes Using Self Care Behaviors. [Tesis]. Minnesota: Walden University, College of Health Sciences; 2019.
3. Weinger K, Beverly E, Smaldone A. Diabetes self-care and the older adult. *West J Nurs Res.* 2014; 36(9): p. 1272 - 1298.
4. Gurmu Y, Gela D, Aga F. Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1): p. 732 - 741.
5. Zhao F, Suhonen R, Katajisto J, Leino H. The association of diabetes-related self-care activities with perceived stress, anxiety, and fatigue: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence.* 2018; 12(4): p. 1677 - 1686.
6. Azami G, Soh K, Sazlina S, Salmiah M, Aazami S, Mozafari M, Taghinejad H. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Res.* 2018; 8(1): p. 245 - 250.
7. Ouyang C, Dwyer J. Diabetes self-care behaviours and clinical outcomes among Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2015; 24(3): p. 438 - 443.
8. Azami G, Soh K, Sazlina S, et al. Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research.* 2018; 32(2): p. 202 - 214.
9. Zambrano D, Loor J. Influencia de la funcionalidad familiar sobre el autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en el centro de salud "El Carmen" durante el periodo de septiembre a noviembre del 2016. [Tesis]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador , Facultad de Medicina ; 2016.

10. Cuya C, Hurtado P. Autocuidado y su relacion con los valores de glicemia en pacientes diabeticos atendidos en el hospital Villa Salud, marzo 2017. [Tesis]. Universidad Privada Norbert Wiener , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2017.
11. Ravi S, Kumar S, Gopichandran V. Do supportive family behaviors promote diabetes self-management in resource limited urban settings? A cross sectional study. BMC Public Health. 2018; 18(1): p. 826 - 832.
12. Pamungkas R, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. Behav Sci. 2017; 7(1): p. 2 - 17.
13. Vaccaro J EJZGHF. The Role of Family/Friend Social Support in Diabetes Self-Management for Minorities with Type 2 Diabetes. Journal of Nutrition and Health. 2015; 2(1): p. 1 - 9.
14. Ahmad S SEMH. Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. Malays Fam Physician. 2015; 10(1): p. 34 - 43.
15. Cusi M, Marín A. Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes tipo 2, consultorio externo de endocrinología hospital regional Honorio Delgado Arequipa. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de enfermería ; 2018.
16. Anaya A. El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima. [Tesis]. Universidad Nacional del Callao, Escuela de posgrado ; 2015.
17. Erazo H, Pérez R,. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo II en usuarios ambulatorios del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD – 2017. [Tesis]. Universidad Peruana Los Andes, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2017.
18. Nejaddadgar N. Self-Care and Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes. Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences. 2017; 7(1): p. 61 - 67.
19. Powers M, Bardsley J. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the

- Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015; 38(1): p. 1172 - 1182.
20. Shrivastava S, et al. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2013; 12(1): p. 1 - 5.
 21. Hushie M. Exploring the barriers and facilitators of dietary self-care for type 2 diabetes: a qualitative study in Ghana. *Health Promot Perspect*. 2019; 9(3): p. 223–232.
 22. Ouyang C, Dwyer J. Determinants of dietary self-care behaviours among. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2015; 24(3): p. 430 - 437.
 23. Mogre V, Johnson N, Tzelepis F, Paul C. Barriers to Diabetic Self-Care: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Providers' Perspectives. *J Clin Nurs*. 2019; 28(11): p. 2296-2308.
 24. Laranjo L, Neves A, Costa A, Ribeiro R. Facilitators, Barriers and Expectations in the Self-Management of Type 2 Diabetes--A Qualitative Study From Portugal. *Eur J Gen Pract*. 2015; 21(2): p. 103 - 110.
 25. Brundisini F, Vanstone M, Hulan D, DeJean D, Giacomini M. Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(1): p. 126 - 132.
 26. Amancio M, HugodeSouza A, Keller A. Competences for self-care and self-control in diabetes mellitus type 2 in primary health care. *World J Diabetes*. 2019; 10(8): p. 454 – 462.
 27. Silva C, DiCiero M. Prática de autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en atención primaria de salud. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2016; 17(1): p. 52 - 59.
 28. Kirwan J, Sacks J, Nieuwoudt S. The essential role of exercise in the management of type 2 diabetes. *Cleve Clin J Med*. 2018; 84(7): p. 15 - 21.
 29. Teich T, Zaharieva D, Riddell M. Avances en ejercicio, actividad física y diabetes mellitus. *Diabetes Technol Ther*. 2019; 21(1): p. 112 - 122.
 30. Chao C, Wang J, Chien K. Both pre-frailty and frailty increase healthcare utilization and adverse health outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *Cardiovasc Diabetol*. 2018; 17(1): p. 130 - 141.

31. Cantera L, Cantera F. El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*. 2014; 13(2): p. 88 - 97.
32. Simmons D, Prevost A, Bunn C, Holman D, Parker R, Cohn S, Graffy J. Impact of community based peer support in type 2 diabetes: A cluster randomised controlled trial of individual and/or group approaches. *PLoS ONE*. 2015; 10(3): p. 1 - 13.
33. Hempler J, Willaing I. Relationship between social network, social support and health behaviour in people with type 1 and type 2 diabetes: cross-sectional studies. *BMC Public Health*. 2016; 12(4): p. 98 - 107.
34. Jácome N. Adherencia al cambio de estilo de vida; dieta, ejercicio y sus factores obstaculizadores o favorecedores en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la consulta externa del Hospital General "Dr. Enrique Garcés. [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Facultad de Medicina; 2014.
35. Prado L, González M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*. 2014; 36(6): p. 835 - 845.
36. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit*. 2017; 19(3): p. 89 - 100.
37. Marcos M, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*. 2013; 24(4): p. 168 - 177.
38. Mejía R PN. Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el club de hipertensos del sub centro de salud n°2 de la parroquia sinincay. [Tesis]. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
39. Justo B, Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Microred edificadores Misti Arequipa*. [Tesis]. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, Facultad De Enfermería ; 2016.
40. Popper K. La lógica de la investigación científica. 1st ed. Madrid : Tecnos; 1980.

41. Martínez M, Briones R, Cortés J. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2nd ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2013.
42. Argimon J, Jiménez J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
43. Carrasco S. Metodología de la Investigación Científica. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
44. Hernández R. y et al. Metodología de la investigación. 6ta edic. editorial: Mc Graw Hill. México; 2014. p 10.
45. Wayne D. Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. 4th ed. México: Limusa Wiley; 2014.
46. Goodman M. Biostatistics for Clinical and Public Health Research. 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2018.
47. Dawson B, Trapp R. Bioestadística médica. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
48. Abdelmajid R, Bashir Y, Zyoud S, Morisky D. Factors Related to Diabetes Self-Care Management Behaviors Among Patients with Type II Diabetes in Palestine. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. 2017; 7(12): p. 102-109.
49. Feleke T, Chisha Y, Wogayehu B. Predictors of Diabetes Self-Care Practice and Associated Factors among Patient on Follow Up at Hadiya Zone, Health Institutions Southern Ethiopia, Using Health Belief Model, Cross-Sectional Study Design. *EC Endocrinology and Metabolic Research*. 2019; 10(4): p. 1 - 17.
50. Monette M. Effects of Cognitive Functioning on Diabetes Self-Care in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. [Tesis]. Ontario: University of Windsor, Department of Psychology; 2018.
51. Ismile S. An Investigation of Self-Care Practice and Social Support of Patients with Type 2 Diabetes in Saudi Arabia. [Tesis]. Manchester: University of Salford, School of Health and Society; 2018.
52. Luthfa I, Ardian I. Effects of Family Empowerment on Increasing Family Support in Patients with Type-2 Diabetes Mellitus. *Nurse Media Journal of Nursing*. 2019; 9(1): p. 58 - 68.

53. Yamin A, Mambang C. Relationship of Family Support Towards Self-Management and Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Padjadjaran Nursing Journal*. 2018; 6(2): p. 175 - 182.
54. García G, Rodríguez A, Garibo R. Apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco. *Aten Fam*. 2018; 25(1): p. 27 - 31.
55. Bennich B, Røder M, Overgaard D y Egerod I. Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient an integrative review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2017; 57(9): p. 1-9.
56. Toobert D, Hampson S, Glasgow R. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure: Results From 7 Studies and a Revised Scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): p. 943-950.
57. Lewin A, Geffken G, Et Al. The Diabetes Family Behavior Checklist: A Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2005; 12(4): p. 315 - 322.

ANEXOS

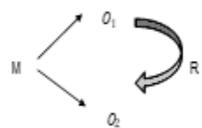
1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO
4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
- 5: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS
- 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
8. BASE DE DATOS
9. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
10. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018”

AUTORAS: Alfaro Gutierrez Ledis Susana
Castro Salazar Vanessa Magaly

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018? 2. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018? 3. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1. Establecer la relación entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018 2. Establecer la relación entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018 3. Establecer la relación entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL La relación entre el autocuidado y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor autocuidado; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 1. La relación entre el autocuidado de la dieta y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor autocuidado de la dieta; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018 2. La relación entre el autocuidado de la salud física y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor autocuidado de la salud física; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018 3. La relación entre el autocuidado terapéutico y el apoyo familiar en pacientes diabéticos es que: a mejor autocuidado terapéutico; mayor apoyo familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Por el grado de intervención sobre la realidad el estudio fue de tipo observacional, las investigadoras se restringieron a examinar los datos tal como se dieron en la realidad, no se manipuló ni controló ninguna variable. Por la secuencia temporal, la investigación fue transversal, los datos se recolectaron en un solo momento y en una única oportunidad. Por su intensión, la investigación fue aplicada, porque los conocimientos generados se orientan a un propósito práctico.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN La investigación realizada fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación).</p> <p>DISEÑO El estudio responde al siguiente esquema:</p>  <p>Donde: O₁= Conjunto de datos en referencia al autocuidado en diabetes mellitus tipo II O₂= Conjunto de datos en referencia al apoyo familiar R= Relación existente entre ambas variables.</p>	<p>VARIABLE 1: Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus</p> <p>VARIABLE 2: Apoyo familiar</p> <p>VARIABLES INTERVINIENTES: Edad del paciente Peso/Talla Ocupación Tiempo de enfermedad Nivel educativo</p>	<p>POBLACIÓN La población de referencia fueron 145 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo II adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018, que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, consideramos a 105 pacientes con diabetes mellitus tipo II usuarios del Hospital Regional Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el 2018.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Para valorar el AUTOCUIDADO en personas con diabetes mellitus tipo II. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos.</p> <p>Para valorar el APOYO FAMILIAR. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS II” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos.</p>

**ANEXO 2:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE 1: AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	Son conductas de la persona en favor de su salud y su bienestar, son aprendidas y modifican aspectos y factores del medio que afectan de forma directa a su salud, involucra modificación de hábitos y requiere la convicción de poseer la capacidad de modular su propia salud.	Autocuidado de la dieta	Son todas las actividades que realiza la persona de forma voluntaria para conservar/recuperar su salud y mantener bajo control los factores dietéticos amoldándose a los recursos existentes.	Consumió una alimentación conforme a lo recomendado	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Consumió una alimentación saludable		
				Consumió frutas y verduras		
				Consumió alimentos ricos en grasas		
				Consumió dulces o postres en sus comidas		
		Autocuidado de la salud física	Son todas las actividades dirigidas a incrementar la actividad física de forma sostenida, que se ajusten al estado de salud, y ejerce control sobre todo tipo de riesgo asociado al incremento del esfuerzo físico.	Participó en al menos 30 minutos de actividad física		
				Participó en una sesión de ejercicio específico		
				Revisó sus pies		
				Inspeccionó sus zapatos por dentro		
				Se secó entre los dedos		
		Autocuidado terapéutico	Son todas las actividades que viabilizan la utilización oportuna de los servicios de salud y encauza: el consumo de fármacos, la realización de análisis y la vigilancia de síntomas que denoten complicaciones.	Ha fumado cigarrillos		
				Tomó sus medicamentos recomendados		
				Tomo el número de pastillas recomendadas		
				practicó una <u>glucometría</u>		
				Busco atención por dolor de cabeza, mareos y otros		
		Busco atención de salud por nerviosismo, palpitaciones y otros				
		Busco atención de salud por problemas en miembros inferiores				
		Busco atención de salud por problemas en la vista				
		Busco atención de salud por dificultades urinarias				

VARIABLE 2: APOYO FAMILIAR EN LA DIABETES MELLITUS II

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Apoyo familiar en la diabetes mellitus tipo II	Es la provisión de recursos, servicios, compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos a la persona enferma por parte un familiar.	Apoyo familiar material	Es la entrega que realiza un familiar de bienes y dinero al paciente diabético para que pueda utilizarlo en favor de su salud	Ayuda económica	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Contribución de alimentos		
				Contribución con vestidos y en enseres personales		
				Contribución con medicamentos y gastos en salud		
				Contribución con recreación		
				Contribución con servicios del hogar		
		Apoyo familiar afectivo	Son las expresiones de amor, cariño, empatía y comprensión de un familiar dirige hacia el paciente, son actividades que aportan seguridad y confianza y evitan la aparición de crisis mentales de ansiedad, o depresión.	Contribución con utensilios y accesorios del hogar		
				Interés por la salud		
				Ánimos para superar sus problemas		
				Culpabilidad		
				Susto		
				Enojo		
		Apoyo familiar instrumental	Es la realización de tareas de cuidado directo por parte de un familiar hacia el paciente, enfocados en sustituir o dinamizar actividades dificultosas.	Nerviosismo		
				Disposición		
				Muestras físicas de afecto		
				Palabras cariñosas		
				Ayudan en la preparación de sus alimentos		
				Ayudan a controlar el consumo de alimentos		
				Pendientes de sus controles médicas		
				Acompañamiento a controles médicos		
				Apoyo en ejercicios		
Recuerdan el horario de medicamentos						
Se interesan por dosis de medicamentos						
Ayudan en el cuidado de sus pies						
Dialogan con el médico sobre su estado de salud						

ANEXO 3:
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO

VARIABLE 1: CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES MELLITUS TIPO II

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II	Autocuidado de la dieta	Consumió una alimentación conforme a lo recomendado	1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación conforme a lo recomendado para su enfermedad?	Ninguno = 0 Casi ninguno = 1 La mitad = 2 Casi todos = 3 Todos = 4
		Consumió una alimentación saludable	2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?	
		Consumió frutas y verduras	3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	
		Consumió alimentos ricos en grasas	4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?	
		Consumió dulces o postres en sus comidas	5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?	
	Autocuidado de la salud física	Participó en al menos 30 minutos de actividad física	6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar)	
		Participó en una sesión de ejercicio específico	7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?	
		Revisó sus pies	8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?	
		Inspeccionó sus zapatos por dentro	9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?	
		Se secó entre los dedos	10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?	
	Autocuidado terapéutico	Ha fumado cigarrillos	11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha fumado usted cigarrillos, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos?	
		Tomó sus medicamentos recomendados	12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?	
		Tomo el número de pastillas recomendadas	13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?	
		practicó una glucometría	14. ¿En la última semana se practicó una glucometría?	
		Busco atención por dolor de cabeza, mareos y otros	15. Busco atención de salud al presentar: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga y sueño durante el día	
		Busco atención de salud por nerviosismo, palpitaciones y otros	16. Busco atención de salud al presentar: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed y comer frecuentemente	
		Busco atención de salud por problemas en miembros inferiores	17. Busco atención de salud al presentar: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar y cambio de coloración en miembros inferiores	
		Busco atención de salud por problemas en la vista	18. Busco atención de salud al presentar: vista borrosa, disminución de la visión y pérdida total de la visión	
		Busco atención de salud por dificultades urinarias	19. Busco atención de salud al presentar: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar y disminución del apetito sexual	

VARIABLE 2: CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS II

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Apoyo familiar en la diabetes mellitus tipo II	Apoyo familiar material	Ayuda económica	1.- ¿Recibe ayuda económica de sus familiares?	Nunca = 0 Algunas veces = 1 De forma regular = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4
		Contribución de alimentos	2.- ¿Sus familiares le compran alimentos?	
		Contribución con vestidos y en enseres personales	3.- ¿Sus familiares le compran vestidos y en enseres personales?	
		Contribución con medicamentos y gastos en salud	4.- ¿Sus familiares le compran sus medicamentos y asumen sus gastos en salud?	
		Contribución con recreación	5.- ¿Sus familiares asumen los gastos, en las actividades recreativas y de celebración?	
		Contribución con servicios del hogar	6.- ¿Sus familiares pagan algunos servicios del hogar como alquiler, luz, agua, teléfono, internet, televisión por cable?	
		Contribución con utensilios y accesorios del hogar	7.- ¿Sus familiares le compran utensilios, accesorios, muebles o electrodomésticos indispensables en el hogar?	
	Apoyo familiar afectivo	Interés por la salud	8.- ¿Sus familiares se interesan por su salud?	
		Ánimos para superar sus problemas	9.- ¿Sus familiares le dan ánimos para superar sus problemas?	
		Culpabilidad	10.- ¿Sus familiares le hacen sentir culpable de su condición de salud? @	
		Susto	11.- ¿Sus familiares tratan de asustarlo con su problema de salud? @	
		Enojo	12.- ¿Sus familiares se enojan ante su problema de salud? @	
		Nerviosismo	13.- ¿Se pone nervioso en presencia de sus familiares? @	
		Disposición	14.- ¿Sus familiares están dispuestos a ayudarlo(a) y acompañarlo(a)?	
	Apoyo familiar instrumental	Muestras físicas de afecto	15.- ¿Sus familiares le dan muestras físicas de afecto (tomarle de la mano, abrazos, caricias)?	
		Palabras cariñosas	16.- ¿Sus familiares utilizan palabras cariñosas cuando se comunican con usted?	
		Ayudan en la preparación de sus alimentos	17.- ¿Sus familiares le ayudan en la preparación de sus alimentos?	
		Ayudan a controlar el consumo de alimentos	18.- ¿Sus familiares le ayudan a controlar el consumo de carbohidratos, grasas y bebidas alcohólicas?	
		Pendientes de sus controles médicas	19.- ¿Sus familiares están pendientes de sus controles médicas, consultas oftalmológicas, consultas odontológicas y otros controles?	
		Acompañamiento a controles médicos	20.- ¿Sus familiares los acompañan a sus controles médicos?	
		Apoyo en ejercicios	21.- ¿Sus familiares lo apoyan en la realización de ejercicios?	
		Recuerdan el horario de medicamentos	22.- ¿Sus familiares le recuerdan el horario y/o le preparan alguna bebida para que puedan tomar sus medicamentos?	
	Se interesan por dosis de medicamentos	23.- ¿Sus familiares se interesan por conocer la dosis de los medicamentos que va a consumir?		
	Ayudan en el cuidado de sus pies	24.- ¿Sus familiares lo ayudan en el cuidado de sus pies (higiene, corte de uñas, tipo de calzado)?		
	Dialogan con el médico sobre su estado de salud	25.- ¿Sus familiares dialogan con el médico sobre su estado de salud y su medicación?		

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO: _____

INFORMACIÓN GENERAL

1. SEXO: (0) FEMENINO (1) MASCULINO

2. EDAD DEL PACIENTE (años):.....

3. AÑOS DE ESTUDIOS TERMINADOS:

4. OCUPACIÓN:

5. TIEMPO DE ENFERMEDAD:

6. ESTADO CIVIL
 - (0) CASADO(A)
 - (1) SOLTERO (A)
 - (2) VIUDO(A)
 - (3) DIVORCIADO (A)
 - (4) CONVIVIENTE

CÓDIGO: _____

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES

Basado en la "Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA)" Toobert D, Hampson S, Glasgow R, 2000 (56)

Las preguntas que se presentan a continuación están relacionadas con las actividades de autocuidado para controlar a la diabetes que realiza de forma cotidiana. Marque la opción que más se ajuste a su realidad particular de acuerdo a la escala que se presenta a continuación; no hay respuestas correctas ni incorrectas, el cuestionario es anónimo.

Ninguno	Casi ninguno	La mitad	Casi todos	Todos
0	1	2	3	4

AUTOCUIDADO DE LA DIETA

1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación conforme a lo recomendado para su enfermedad?	0	1	2	3	4
2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?	0	1	2	3	4
3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0	1	2	3	4
4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?	0	1	2	3	4
5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?	0	1	2	3	4

AUTOCUIDADO DE LA SALUD FÍSICA

6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar)	0	1	2	3	4
7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?	0	1	2	3	4
8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?					
9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?					
10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?					

11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha fumado usted cigarrillos, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos?					
--	--	--	--	--	--

AUTOCAUIDADO TERAPÉUTICO

12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?	0	1	2	3	4
13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?	0	1	2	3	4

Las sucesivas preguntas deben de ser respondidas de acuerdo a la siguiente escala:

Nunca	Pocas veces	De forma regular	De forma frecuente	De forma muy frecuente
0	1	2	3	4

14. ¿En la última semana se practicó una glucometría?	0	1	2	3	4
15. Busco atención de salud al presentar: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga, sueño durante el día	0	1	2	3	4
16. Busco atención de salud al presentar: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed, comer frecuentemente	0	1	2	3	4
17. Busco atención de salud al presentar: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar, cambio de coloración en miembros inferiores	0	1	2	3	4
18. Busco atención de salud al presentar: vista borrosa, disminución de la visión, pérdida total de la visión	0	1	2	3	4
19. Busco atención de salud al presentar: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar, disminución del apetito sexual	0	1	2	3	4

.....Gracias

BAREMOS

0 – 15.2	MUY MAL AUTOCAUIDADO
15.3 – 30.4	MAL AUTOCAUIDADO
30.5 – 45.6	REGULAR AUTOCAUIDADO
45.7 – 60.8	BUEN AUTOCAUIDADO
60.9 - 76	MUY BUEN AUTOCAUIDADO

CÓDIGO: _____

CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR EN DIABETES MELLITUS II

*Adaptado del "THE DIABETES FAMILY BEHAVIOR CHECKLIST (DFBC)", Lewin A, Geffken G,
2005 (57)*

PRESENTACIÓN:

A continuación, encontrará una serie de cuestiones sobre situaciones en las que participa la familia. Marque con una X la opción que corresponda con su realidad. No existen respuestas correctas ni incorrectas. El cuestionario es anónimo.

Nunca	Algunas veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

APOYO MATERIAL

1.- ¿Recibe ayuda económica de sus familiares?	0	1	2	3	4
2.- ¿Sus familiares le compran alimentos?	0	1	2	3	4
3.- ¿Sus familiares le compran vestidos y enseres personales?	0	1	2	3	4
4.- ¿Sus familiares le compran sus medicamentos y asumen sus gastos en salud?	0	1	2	3	4
5.- ¿Sus familiares asumen los gastos, en las actividades recreativas y de celebración?	0	1	2	3	4
6.- ¿Sus familiares pagan algunos servicios del hogar como alquiler, luz, agua, teléfono, internet, televisión por cable?	0	1	2	3	4
7.- ¿Sus familiares le compran utensilios, accesorios, muebles o electrodomésticos indispensables en el hogar?	0	1	2	3	4

APOYO AFECTIVO

8. ¿Sus familiares se interesan por su salud?	0	1	2	3	4
9. ¿Sus familiares le dan ánimos para superar sus problemas?	0	1	2	3	4
10. ¿Sus familiares le hacen sentir culpable de su condición de salud? ©	0	1	2	3	4
11. ¿Sus familiares tratan de asustarlo con su problema de salud? ©	0	1	2	3	4
12. ¿Sus familiares se enojan ante su problema de salud? ©	0	1	2	3	4

13. ¿Se pone nervioso en presencia de sus familiares? ©	0	1	2	3	4
14. ¿Sus familiares están dispuestos a ayudarlo(a) y acompañarlo(a)?	0	1	2	3	4
15. ¿Sus familiares le dan muestras físicas de afecto (tomarle de la mano, abrazos, caricias)?	0	1	2	3	4
16. ¿Sus familiares utilizan palabras cariñosas cuando se comunican con usted?	0	1	2	3	4

APOYO INSTRUMENTAL

17. ¿Sus familiares le ayudan en la preparación de sus alimentos?	0	1	2	3	4
18. ¿Sus familiares le ayudan a controlar el consumo de carbohidratos, grasas y bebidas alcohólicas?	0	1	2	3	4
19. ¿Sus familiares están pendientes de sus controles médicos, consultas oftalmológicas, consultas odontológicas y otros controles?	0	1	2	3	4
20. ¿Sus familiares los acompañan a sus controles médicos?	0	1	2	3	4
21. ¿Sus familiares lo apoyan en la realización de ejercicios?	0	1	2	3	4
22. ¿Sus familiares le recuerdan el horario y/o le preparan alguna bebida para que puedan tomar sus medicamentos?	0	1	2	3	4
23. ¿Sus familiares se interesan por conocer la dosis de los medicamentos que va a consumir?	0	1	2	3	4
24. ¿Sus familiares lo ayudan en el cuidado de sus pies (higiene, corte de uñas, tipo de calzado)?	0	1	2	3	4
25. ¿Sus familiares dialogan con el médico sobre su estado de salud y su medicación?	0	1	2	3	4

.....**MUCHAS GRACIAS**

BAREMOS

0 - 20	MUY MAL APOYO FAMILIAR
21 - 40	MAL APOYO FAMILIAR
41 - 60	REGULAR APOYO FAMILIAR
61 - 80	BUEN APOYO FAMILIAR
81 - 100	MUY BUEN APOYO FAMILIAR

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES"

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.823
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	81451.701
Bartlett	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado

	Componente		
	1	2	3
1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación conforme a lo recomendado para su enfermedad?	0.603		
2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?	0.800		
3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0.761		
4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?	0.777		
5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?	0.708		
6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar)		0.663	
7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?		0.597	
8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?		0.843	
9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?		0.778	
10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?		0.824	
11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha fumado usted cigarrillos, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos?		0.667	
12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?			0.568
13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó el número de pastillas recomendadas para la diabetes?			0.818
14. ¿En la última semana se practicó una glucometría?			0.706
15. Busco atención de salud al presentar: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga y sueño durante el día			0.616
16. Busco atención de salud al presentar: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed y comer frecuentemente			0.791
17. Busco atención de salud al presentar: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar y cambio de coloración en miembros inferiores			0.644
18. Busco atención de salud al presentar: vista borrosa, disminución de la visión y pérdida total de la visión			0.801
19. Busco atención de salud al presentar: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar y disminución del apetito sexual			0.684

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 pacientes diabéticos del Centro de Salud de Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.

CONFIABILIDAD DEL "CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE
AUTOCUIDADO EN DIABETES"

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.849	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. ¿En cuántos de los últimos SIETE días ha consumido una alimentación conforme a lo recomendado para su enfermedad?	0.743
2. En promedio, en el mes pasado, ¿Cuántos DÍAS A LA SEMANA ha consumido una alimentación saludable?	0.814
3. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0.723
4. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?	0.805
5. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?	0.726
6. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en al menos 30 minutos de actividad física? (Total de minutos de actividades continuas, como caminar)	0.721
7. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS participó en una sesión de ejercicio específico (como nadar, caminar, montar en bicicleta) diferente a lo que se hace normalmente en la casa o como parte de su trabajo?	0.765
8. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS revisó sus pies?	0.751
9. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?	0.867
10. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?	0.834
11. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS ha fumado usted cigarrillos, incluyendo hasta una sola aspiración durante los últimos?	0.669
12. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?	0.713
13. ¿En cuántos de los últimos SIETE DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?	0.814
14. ¿En la última semana se practicó una glucometría?	0.726
15. Busco atención de salud al presentar: dolor de cabeza, mareos o desvanecimiento, zumbido de oídos, debilidad o fatiga y sueño durante el día	0.721
16. Busco atención de salud al presentar: sudoración, nerviosismo o irritabilidad, palpitaciones, temblor, mucha sed y comer frecuentemente	0.765
17. Busco atención de salud al presentar: disminución de sensibilidad en miembros inferiores, dolor de piernas, calambres o adormecimiento, dificultad para moverse o caminar y cambio de coloración en miembros inferiores	0.751
18. Busco atención de salud al presentar: vista borrosa, disminución de la visión y pérdida total de la visión	0.747
19. Busco atención de salud al presentar: orina frecuentemente, infección o lesión dolorosa en genitales, dolor al orinar y disminución del apetito sexual	0.820

Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 pacientes diabéticos del Centro de Salud de Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR
EN DIABETES MELLITUS II"

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.847
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	79127.221
Bartlett	gl	29
	Sig.	.000

Matriz de componente rotado

	Componente		
	1	2	3
1.- ¿Recibe ayuda económica de sus familiares?	0.786		
2.- ¿Sus familiares le compran alimentos?	0.612		
3.- ¿Sus familiares le compran vestidos y en enseres personales?	0.603		
4.- ¿Sus familiares le compran sus medicamentos y asumen sus gastos en salud?	0.819		
5.- ¿Sus familiares asumen los gastos, en las actividades recreativas y de celebración?	0.718		
6.- ¿Sus familiares pagan algunos servicios del hogar como alquiler, luz, agua, teléfono, internet, televisión por cable?	0.786		
7.- ¿Sus familiares le compran utensilios, accesorios, muebles o electrodomésticos indispensables en el hogar?	0.612		
8. ¿Sus familiares se interesan por su salud?		0.684	
9. ¿Sus familiares le dan ánimos para superar sus problemas?		0.853	
10. ¿Sus familiares le hacen sentir culpable de su condición de salud? ©		0.583	
11. ¿Sus familiares tratan de asustarlo con su problema de salud? ©		0.582	
12. ¿Sus familiares se enojan ante su problema de salud? ©		0.817	
13. ¿Se pone nervioso en presencia de sus familiares? ©		0.740	
14. ¿Sus familiares están dispuestos a ayudarlo(a) y acompañarlo(a)?		0.684	
15. ¿Sus familiares le dan muestras físicas de afecto (tomarle de la mano, abrazos, caricias)?		0.853	
16. ¿Sus familiares utilizan palabras cariñosas cuando se comunican con usted?		0.583	
17. ¿Sus familiares le ayudan en la preparación de sus alimentos?			0.789
18. ¿Sus familiares le ayudan a controlar el consumo de carbohidratos, grasas y bebidas alcohólicas?			0.809
19. ¿Sus familiares están pendientes de sus controles médicas, consultas oftalmológicas, consultas odontológicas y otros controles?			0.832
20. ¿Sus familiares los acompañan a sus controles médicos?			0.841
21. ¿Sus familiares lo apoyan en la realización de ejercicios?			0.655
22. ¿Sus familiares le recuerdan el horario y/o le preparan alguna bebida para que puedan tomar sus medicamentos?			0.667
23. ¿Sus familiares se interesan por conocer la dosis de los medicamentos que va a consumir?			0.789
24. ¿Sus familiares lo ayudan en el cuidado de sus pies (higiene, corte de uñas, tipo de calzado)?			0.809
25. ¿Sus familiares dialogan con el médico sobre su estado de salud y su medicación?			0.832

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 pacientes diabéticos del Centro de Salud de Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.

CONFIABILIDAD DEL "CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR
EN DIABETES MELLITUS II"

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.862	29

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1.- ¿Recibe ayuda económica de sus familiares?	0.794
2.- ¿Sus familiares le compran alimentos?	0.703
3.- ¿Sus familiares le compran vestidos y en enseres personales?	0.743
4.- ¿Sus familiares le compran sus medicamentos y asumen sus gastos en salud?	0.796
5.- ¿Sus familiares asumen los gastos, en las actividades recreativas y de celebración?	0.729
6.- ¿Sus familiares pagan algunos servicios del hogar como alquiler, luz, agua, teléfono, internet, televisión por cable?	0.791
7.- ¿Sus familiares le compran utensilios, accesorios, muebles o electrodomésticos indispensables en el hogar?	0.732
8. ¿Sus familiares se interesan por su salud?	0.803
9. ¿Sus familiares le dan ánimos para superar sus problemas?	0.733
10. ¿Sus familiares le hacen sentir culpable de su condición de salud? ©	0.727
11. ¿Sus familiares tratan de asustarlo con su problema de salud? ©	0.792
12. ¿Sus familiares se enojan ante su problema de salud? ©	0.810
13. ¿Se pone nervioso en presencia de sus familiares? ©	0.768
14. ¿Sus familiares están dispuestos a ayudarlo(a) y acompañarlo(a)?	0.794
15. ¿Sus familiares le dan muestras físicas de afecto (tomarle de la mano, abrazos, caricias)?	0.703
16. ¿Sus familiares utilizan palabras cariñosas cuando se comunican con usted?	0.743
17. ¿Sus familiares le ayudan en la preparación de sus alimentos?	0.796
18. ¿Sus familiares le ayudan a controlar el consumo de carbohidratos, grasas y bebidas alcohólicas?	0.729
19. ¿Sus familiares están pendientes de sus controles médicas, consultas oftalmológicas, consultas odontológicas y otros controles?	0.791
20. ¿Sus familiares los acompañan a sus controles médicos?	0.732
21. ¿Sus familiares lo apoyan en la realización de ejercicios?	0.803
22. ¿Sus familiares le recuerdan el horario y/o le preparan alguna bebida para que puedan tomar sus medicamentos?	0.733
23. ¿Sus familiares se interesan por conocer la dosis de los medicamentos que va a consumir?	0.727
24. ¿Sus familiares lo ayudan en el cuidado de sus pies (higiene, corte de uñas, tipo de calzado)?	0.792
25. ¿Sus familiares dialogan con el médico sobre su estado de salud y su medicación?	0.810

Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 pacientes diabéticos del Centro de Salud de Juan Parra Del Riego de El Tambo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:
"AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018"

AUTORAS:
BACHILLER: Alfaro Gutierrez Ledib Susana
BACHILLER: Castro Salazar Vanesa Magaly

INTRODUCCIÓN : Antes de participar en esta investigación, se le ha proporcionado a usted toda la información correspondiente al estudio de forma clara y didáctica. Usted ha comprendido todo lo expuesto, además se han absuelto todas sus dudas. Si luego de haberse enterado de todo lo concerniente a esta investigación decide participar de esta investigación, deberá de firmar este consentimiento en la parte indicada.

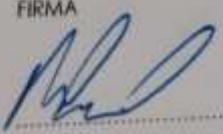
PROCEDIMIENTO A SEGUIR : Se le administrarán dos encuestas. Posteriormente se realizará una tabulación y análisis de los resultados obtenidos, con el fin de determinar cuál es la relación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II.

CONFIDENCIALIDAD : Solo las investigadoras y miembros calificados del comité de ética de la universidad, tendrán acceso a los datos, su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA : La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO : He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido las respuestas a todas mis preguntas, por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación.

NOMBRES DE LA PERSONA DNI:
Marcelino Loban Turpo 19999928

FIRMA HUELLA DIGITAL
 

ANEXO 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



ANEXO 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Alfaro Gutierrez Ledis Susana Identificado (a) con DNI N° 42743037 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 05 de Julio del 2019.



ALFARO GUTIERREZ LEDIS SUSANA
Responsable de investigación



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo: Castro Salazar Vanessa Magaly, identificado (a) con DNI N° 43673940 egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado "AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2018", en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 05 de julio del 2019.



CASTRO SALAZAR VANESSA MAGALY
Responsable de investigación

ANEXO 08: BASE DE DATOS

SPSS ALFARO Y CASTRO (v. [Conjunto de datos]) - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventanas Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Pregunta1	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
2	Pregunta2	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
3	Pregunta3	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
4	Pregunta4	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
5	Pregunta5	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
6	Pregunta6	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
7	Pregunta7	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
8	Pregunta8	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
9	Pregunta9	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
10	Pregunta10	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
11	Pregunta11	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
12	Pregunta12	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
13	Pregunta13	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
14	Pregunta14	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
15	Pregunta15	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
16	Pregunta16	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
17	Pregunta17	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
18	Pregunta18	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
19	Pregunta19	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	5	Derecha	Nominal	Entrada
20	P1	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
21	P2	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
22	P3	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
23	P4	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
24	P5	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

SPSS ALFARO Y CASTRO (v. [Conjunto de datos]) - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventanas Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
25	P6	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
26	P7	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
27	P8	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
28	P9	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
29	P10	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
30	P11	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
31	P12	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
32	P13	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
33	P14	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
34	P15	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
35	P16	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
36	P17	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
37	P18	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
38	P19	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
39	P20	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
40	P21	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
41	P22	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
42	P23	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
43	P24	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
44	P25	Numérico	8	0		(0, Ninguno)	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
45											
46											
47											
48											
49											
50											

Vista de datos Vista de variables

SPSS ALFARO Y CASTRO.ar [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Mostrar: 44 de 44 variables

	Pregu sta1	Pregu sta2	Pregu sta3	Pregu sta4	Pregu sta5	Pregu sta6	Pregu sta7	Pregu sta8	Pregu sta9	Pregu sta10	Pregu sta11	Pregu sta12	Pregu sta13	Pregu sta14	Pregu sta15	Pregu sta16	Pregu sta17	Pregu sta18	Preg sta19
1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
2	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
3	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
4	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
5	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
6	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
7	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
8	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	2	1	2	1	3	1	1
9	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
11	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0
12	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
13	3	3	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	3	1	1
14	1	1	1	2	0	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
15	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0
16	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
17	1	0	0	0	0	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
18	4	4	4	3	4	2	2	2	3	2	3	2	0	0	1	0	0	0	0
19	1	1	1	2	0	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
20	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
21	2	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	1
22	1	0	0	0	0	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1

SPSS ALFARO Y CASTRO.ar [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Mostrar: 44 de 44 variables

	Pregu sta1	Pregu sta2	Pregu sta3	Pregu sta4	Pregu sta5	Pregu sta6	Pregu sta7	Pregu sta8	Pregu sta9	Pregu sta10	Pregu sta11	Pregu sta12	Pregu sta13	Pregu sta14	Pregu sta15	Pregu sta16	Pregu sta17	Pregu sta18	Preg sta19
23	1	1	1	2	0	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1	1
24	4	4	4	3	4	3	2	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1
25	1	1	1	2	0	3	2	2	2	3	1	1	1	2	1	3	1	1	1
26	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
27	1	1	1	2	0	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
28	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
29	1	1	1	2	0	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
30	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
31	1	1	1	2	0	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
32	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	0	2	1	1
33	1	0	0	0	0	2	2	2	2	2	0	2	1	1	2	0	2	1	1
34	4	4	4	3	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	0	2	1	1
35	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
36	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
37	1	0	1	0	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
38	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
40	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
41	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
42	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
43	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
46	1	1	1	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

SPSS ALFARO Y CASTRO.ar [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Mostrar: 44 de 44 variables

	Pregu sta1	Pregu sta2	Pregu sta3	Pregu sta4	Pregu sta5	Pregu sta6	Pregu sta7	Pregu sta8	Pregu sta9	Pregu sta10	Pregu sta11	Pregu sta12	Pregu sta13	Pregu sta14	Pregu sta15	Pregu sta16	Pregu sta17	Pregu sta18	Preg sta19
47	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
48	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
49	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
50	1	1	1	2	0	1	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2
51	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
52	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
53	2	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2
54	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
55	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
56	0	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
57	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
58	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
59	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
60	0	1	1	1	0	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
61	0	1	1	1	0	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2
62	0	1	1	1	0	1	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
63	0	0	1	0	1	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
64	0	1	1	1	0	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2
65	2	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	2	4	2	2	2	2	2
66	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
67	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	2
68	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
69	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	2
70	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2

SPSS ALFARO Y CASTRO.us [ConsultaDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Hoja: 44 de 44 variables

	Pregu nta1	pregu nta2	Pregu nta3	Pregu nta4	Pregu nta5	Pregu nta6	Pregu nta7	Pregu nta8	Pregu nta9	Pregu nta10	Pregu nta11	Pregu nta12	Pregu nta13	Pregu nta14	Pregu nta15	Pregu nta16	Pregu nta17	Pregu nta18	Preg nta19
71	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
72	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	2
73	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
74	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
75	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	2
76	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	1	2	4	2	2	2	2	2
77	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	4	2	2	2	2	2
78	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	1	2	4	2	2	2	2	2
79	1	0	1	0	0	2	3	3	3	3	4	1	2	4	2	2	2	2	2
80	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2
81	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
82	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
83	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	4	3	3	3	3	2
84	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	3	3	3	4	3	3	3	3	2
85	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
86	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	3	3	3	2
87	0	1	1	1	0	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
88	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	3	3	3	2
89	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	2	3	4	3	3	3	3	2
90	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	3	3	3	2
91	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
92	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	4	3	3	3	3	2
93	1	3	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2
94	0	0	0	1	1	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2

SPSS ALFARO Y CASTRO.us [ConsultaDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Aplicaciones Ventana Ayuda

Hoja: 44 de 44 variables

	Pregu nta1	pregu nta2	Pregu nta3	Pregu nta4	Pregu nta5	Pregu nta6	Pregu nta7	Pregu nta8	Pregu nta9	Pregu nta10	Pregu nta11	Pregu nta12	Pregu nta13	Pregu nta14	Pregu nta15	Pregu nta16	Pregu nta17	Pregu nta18	Preg nta19
95	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
96	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
97	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	3	3	4	3	3	3	3	2
98	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
99	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	3	3	4	3	3	3	3	2
100	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	4	4	4	4	4	4	4	4
101	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3	3	3	4
102	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	4	4	4	4	4
103	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4
104	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4
105	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	3	4	4	4	4	4	4	4
106																			
107																			
108																			
109																			
110																			
111																			
112																			
113																			
114																			
115																			
116																			
117																			
118																			

Anexo 9: Interpretación del valor de r de Pearson

R	Correlación
0	Correlación nula
0.1 a 0.49	Correlación directa débil
0.5 a 0.79	Correlación directa moderada
0.8 a 0.9	Correlación directa alta
1	Correlación directa perfecta
-0.1 a -0.49	Correlación inversa débil
-0.5 a -0.79	Correlación inversa moderada
-0.8 a -0.9	Correlación inversa alta
-1	Correlación inversa perfecta

ANEXO 10 AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN


GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL R.D.C.Q. "DANIEL A. CARRIÓN" - HYO
OFICINA DE APOYO A LA CAPACITACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Huancayo, 03 de septiembre del 2019.

CARTA N° 265 -2019-HRDCQ-DAC-HYO-OACDEL

Señor:
Dr. Francisco, MEZA LEGUA,
JEFE DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

PRESENTE.-

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

REFERENTE: FUT con Expediente N° 2435202.

Por medio de la presente es grato dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente, a nombre del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel A., Carrión y la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, en atención al documento de la referencia: con la **Evaluación y Aprobación del Presidente del Comité de Investigación del Hospital** y el visto bueno de la jefatura de la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación, comunico la **AUTORIZACION**, del uso de campo clínico, para la **ejecución**, del proyecto de tesis titulado **"AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II USUARIOS DEL HRDCQ-DAC, 2018"**, presentado por la bachiller doña: **Ledis Susana, ALFARO GUTIERREZ y Vanessa Magaly, CASTRO SALAZAR**, para obtener el título Profesional de **Licenciado en Enfermería**, estudiante de la Universidad Peruana los Andes.

En espera de la atención a la presente, solicito brindarle las facilidades del caso, reciba Ud., las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


C.C.
Archivo
MGFLACTO
MDS:mmw
Interesado(a)


DIRECCIÓN GENERAL
REGIONAL DE SALUD



HRDCQ "DAC" - HYO	
REG. N°	3621773
EXP. N°	2435202

AV. DANIEL A. CARRIÓN N° 1550-1552-TELEFAX 064-222157

ANEXO 11: REGISTRO FOTOGRÁFICO

	<p>FOTO: 01</p>
<p>FOTO: 02</p>	