

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 - POLICLÍNICO MANUEL MANRIQUE
NEVADO. CHICLAYO, 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA

FATIMA MILAGROS CAMPOVERDE VILLANUEVA

ASESORA

Mgtr. ILIANA DEL ROSARIO MURO EXEBIO

Chiclayo, 2020

Resumen

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónico-degenerativo que constituye uno de los principales problemas de salud pública en el país debido a los altos índices de incidencia, complicaciones y mortalidad. Esta enfermedad involucra al entorno familiar ya que demanda cambios en el estilo de vida de la persona afectada por la Diabetes que requieren del apoyo familiar, frente a esta realidad se formuló la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuela Manrique Nevado. Chiclayo, 2019?. La investigación fue cuantitativo correlacional transversal tuvo como objetivo determinar la relación entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. La información se recolectó mediante los instrumentos FACES III (Funcionalidad familiar) y SDSCA (Autocuidado en Diabetes), aplicado a 84 personas seleccionadas por muestra censal. Se aplicó una prueba piloto para probar la confiabilidad de los instrumentos, siendo el Alfa de Crombrach 0.79 y 0.72; posteriormente para determinar la relación se utilizó Coeficiente de Correlación de Spearman. Los resultados obtenidos mostraron que 52.4% tuvieron funcionalidad familiar de rango medio y 86.9% presentaron sin prácticas de autocuidado. La funcionalidad familiar tuvo una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el autocuidado en cuanto a la dimensión de medicamentos en la persona con DM tipo 2 ($p=0.34$). Se llegó a la conclusión que no existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019.

Palabras claves: Familia (D005190), Autocuidado (D012648), Diabetes Mellitus (D003920).

Fuente: Término Decs.

Abstract

Type 2 Diabetes Mellitus is a chronic degenerative disease that constitutes one of the main public health problems in the country due to the high incidence, complications and mortality rates. This disease involves the family environment and the demand for changes in the lifestyle of the person affected by diabetes that affects family support, facing this reality the following question was asked: What is the relationship between family functionality and self-care in people with type 2 diabetes mellitus - Manuela Manrique Nevado Polyclinic. Chiclayo, 2019? The objective of the cross-sectional quantitative research was to determine the relationship between family functionality and self-care in people with Type 2 Diabetes Mellitus. The information was collected using the FACES III (Family Functionality) and SDSCA (Self-Care in Diabetes) instruments, directly to 84 people selected by census sample. A pilot test was applied to test the reliability of the instruments, Crombrach Alpha being 0.79 and 0.72; subsequently to determine the relationship, Spearman Correlation Coefficient was required. The results indicated that 52.4% had family functionality of medium range and 86.9% felt self-care practices. Family functionality had a significant relationship between family functioning and self-care in terms of the size of medications in the person with type 2 DM ($p = 0.34$). It was concluded that there is no significant relationship between family functionality and self-care in people with type 2 diabetes mellitus - Manuel Manrique Nevado Polyclinic. Chiclayo, 2019.

Keywords: Family (D005190), Self-care (D012648), Diabetes Mellitus (D003920).

Source: Term Decs.

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA	10
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
3.1. Tipo de investigación	18
3.2. Diseño de investigación	18
3.3. Población, muestra y muestreo	18
3.4. Criterios de selección	18
3.5. Instrumentos de recolección de datos	19
3.6. Procedimientos	21
3.7. Plan de procesamiento y análisis de datos	21
3.8. Consideraciones Éticas	22
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	47

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, a nivel mundial la Diabetes Mellitus tipo 2 es uno de los desafíos de salud pública que va en incremento durante los últimos reportes además de ser un reto en materia de desarrollo¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) 420 millones de personas mayores de 21 años tenían Diabetes Mellitus en el año 2014. Los porcentajes más altos pertenecieron a las regiones del Pacífico Occidental, Sudoriental y Asia; donde se localizan cerca de la mitad de los casos en India, China y Estados Unidos².

La Federación Internacional de Diabetes (FID) estima América existe 21.7 a 31.9 millones de personas de la población adulta con Diabetes en el 2017. En Puerto Rico reportan mayor población con esta enfermedad entre las edades de 21 a 80 años (12.9%). La Diabetes Mellitus representa el 95% de los casos a escala mundial donde su incidencia varía significativamente en Uruguay, Argentina, Brasil, Paraguay y Perú³.

Cerca de 4 millones de muerte son otorgadas directamente a la Diabetes Mellitus Tipo 2 donde el 80% se producen en países en vías de desarrollo⁴. Este hecho es condicionado por el carácter crónico-degenerativo a nivel orgánico en la que se caracteriza dicho padecimiento. Así tenemos, en los adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen un alto peligro de sufrir infarto de corazón y accidente cerebrovascular. La falta de sensibilidad en las extremidades inferiores junto con la reducción del flujo sanguíneo aumenta el riesgo de úlceras de los pies y finalmente la amputación⁵.

Las personas con síndrome metabólico tienen la posibilidad manejar por si mismos su enfermedad mediante una serie de conductas emprendidas a lo cual se conoce como autocuidado. Hay siete comportamientos fundamentales en personas con Diabetes que aseguran excelentes resultados como la dieta saludable, ejercicio físico, examen de glucemia en la sangre, adherencia al tratamiento farmacológico, buenas habilidades para resolver problemas, habilidades de afrontamiento saludables y comportamientos de disminución de riesgos⁶.

El cambio de estilo de vida saludable que refiere a las prácticas de autocuidado ayude a las personas diabéticas a tomar conciencia de su salud mediante habilidades y conocimientos adquiridos donde les permita como último lugar disminuir los riesgos a las complicaciones de la Diabetes. Sin embargo, existe que en Cuba más del 50% de personas diabéticas que no presentan

cambios de estilos de vida como dieta rica en grasas y falta de actividad física además del control metabólico, así como insuficiente noción de su enfermedad⁷.

El fomentar el autocuidado en las personas estadounidenses con Diabetes Mellitus tipo 2 tiene fuerte evidencia de mejorar la HbA1c (hemoglobina glicosilada), la calidad de vida, baja de peso, afrontamiento saludable, aumento de medidas preventivas y disminución de complicaciones agudas. El abordaje de esta enfermedad se ha modificado a una visión más centrada al paciente y ubica al individuo que vive con diabetes y a su familia en el epicentro del modelo de cuidado y atención de salud, trabajando en conjunto con el resto del equipo de salud, así lo revelan estudios realizados en Estados Unidos⁸.

En el mantenimiento de la salud existe un factor determinante que es la funcionalidad familiar⁹. Estudios realizados en México vinculados a la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 revelan que un factor con la mayor asociación es el de apoyo familiar resultando, comunicación familiar, cohesión familiar y el tiempo compartido en familia¹⁰. En este mismo contexto, la evolución y respuesta a la adherencia farmacológica de la Diabetes que depende del funcionamiento familiar donde el 52,1% los pacientes diabéticos pertenecen a una familia nuclear y 13.7% de las personas diabéticos pertenecen a una familia monoparental donde tuvieron mal control de la glucosa¹¹. En el Perú, durante el 2016, la mayor población de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 fueron pertenecientes de Lima Metropolitana y en menor población fueron pertenecientes de la Sierra¹². Las regiones que registraron un alto porcentaje de casos de Diabetes fueron Piura, Lambayeque, Lima y Áncash¹³.

Estudios realizados en la ciudad de Lima en instituciones de salud donde se atienden personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 de manera ambulatoria dan cuenta de que existen barreras que obstaculizan el autocuidado en las personas diabéticas, una de ellas es la participación familiar ya que no apoyan y/o participan con la persona diabética en términos control de la dieta, sobresaliendo la costumbre de comer grandes cantidades de grasas, dulces y harinas, y en el caso de los hombres diabéticos ellos dependen de su cónyuge para la preparación de los alimentos, y las mujeres diabéticas presentan como barrera de autocuidado la ansiedad en donde dificulta el cumplimiento correcto de la dieta¹⁴.

En este mismo contexto otro estudio ha permitido poner en evidencia que 79.6% de las personas diabéticas tienen entre familiares cercanos o amigos íntimos que los apoyan sin embargo

2.8% de estas personas diabéticas no tienen algún familiar o amigos que lo apoyen; el hecho de contar con apoyo familiar se relaciona con una mejor calidad de vida. Estos pacientes diabéticos no solo necesitan involucrarse a un régimen de tratamiento, sino que también están abiertos al riesgo de presentar complicaciones agudas o crónicas del propio padecimiento¹⁵.

En un estudio en Lima se afirma que el apoyo familiar a las personas adultas con Diabetes Mellitus, 64,6% fue adecuado frente a las medidas de control, indicaciones médicas y apoyo emocional. Consecuentemente 52,1% estas personas evidencian comportamientos de autocuidado adecuados en el control metabólico, plan nutricional, ejercicios físicos, cuidado de pies y control farmacológico¹⁶. Sin embargo, en otro estudio en el mismo contexto revela que al adulto no le es posible realizar un autocuidado óptimo en cuanto al ejercicio, alimentación, higiene ya que se requiere incentivar a la familia en las tres dimensiones en lo emocional, social y física para el aporte del cambio de vida saludable de la persona diabética¹⁷.

En Lambayeque la prevalencia de Diabetes mellitus tipo 2 es del 54,3% en las personas de 30 a 60 años, los cuales 92% son procedentes de la costa además 42% presenta sobrepeso y obesidad asimismo hubo influencia de pacientes diabéticos con tiempo de la enfermedad menor de 10 años¹⁸. En un estudio en Chiclayo, se encontró que 38,9% de las pacientes adultas con Diabetes Mellitus tipo 2 tuvieron mayor frecuencia de autocuidados incorrectos en cuidados de los pies¹⁹.

En este mismo contexto otro estudio en relación al tratamiento dietético de las personas diabéticas se evidenció 49,9% de las personas diabéticas tuvieron tendencia a olvidarse de cumplir la dieta indicada; sin embargo 31,45% de estas personas refirieron que dejan de hacer la dieta cuando les resulta difícil, 64,52% de los participantes no son adherentes al tratamiento farmacológico es así que estos pacientes no muestran interés en el autocuidado para la Diabetes Mellitus²⁰.

Por otro lado, el Policlínico Manuel Manrique Nevado cuenta con un programa de Adulto/Adulto mayor que durante las prácticas realizadas en este establecimiento se pudo evidenciar que gran parte de los pacientes inscritos en el programa son mujeres. Con respecto al autocuidado de las personas diabéticas se observó que se olvidan tomar sus medicamentos, algunos pacientes no se adaptan al tratamiento farmacológico ya que les resulta difícil estar tomando medicamentos cada cierta hora. Y con respecto al entorno familiar de la persona diabética se pudo

observar que mayor parte de las familias no los ayuda a la compra de los alimentos idóneos para el cumplimiento de la dieta, no les ofrece opciones para realizar ejercicios en familia así mismo una pequeña proporción de estos pacientes manifestaron que no cuentan con un familiar que los apoyen con los comportamientos para llevar una vida saludable.

Finalmente, bajo esta temática se puede deducir que la funcionalidad familiar es preponderante en el autocuidado de las personas diabéticas, sin embargo, no está claro que la funcionalidad familiar sea una fuente de apoyo para que la persona lleve un autocuidado por lo tanto es importante identificar si el apoyo de la familia y el autocuidado influyen en la persona diabética o alguna de las dos es más decisiva que la otra²¹. Frente a esta realidad se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad familiar y el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019?

Por todo lo expuesto se planteó como objetivo general determinar la relación de la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019 así como objetivos específicos: Determinar la funcionalidad familiar de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y determinar el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019.

El estudio de investigación se justificó puesto que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una condición que va en incremento en la etapa adulta en nuestro país, pudiendo llegar a tener carácter epidemiológico, es además una enfermedad que tiene complicaciones de alto impacto para las personas pues merman su calidad de vida y para las instituciones de salud generan altos costos de la atención que se brinda a estas complicaciones. La familia puede constituirse en una fuente de apoyo para el autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus porque mejora la adherencia al tratamiento por lo que se justifica investigar en el contexto del Policlínico Manuel Manrique Nevado, la relación que existe entre la funcionalidad de los familiares y el autocuidado de las personas que presentan Diabetes Mellitus tipo 2²². Por otro lado, se justificó investigar toda vez que no existe investigaciones con enfoque cuantitativo relacionadas con la temática.

Los resultados del estudio brindaron conocimientos de utilidad para las autoridades del Policlínico Manuel Manrique Nevado de EsSalud en la planificación de actividades preventivas dirigidas a mejorar el autocuidado del paciente diabético con el sostén de la familia además estos

resultados sirvieron para el personal de Enfermería responsable de la atención al paciente diabético ya que permitió identificar las principales áreas de autocuidado que el paciente diabético no está asumiendo e implementar estrategias de intervención para revertir la situación que incluya a la familia.

En el ámbito de la profesión de Enfermería los resultados de la investigación permitieron ampliar información sobre el rol que ocupa la familia en la generación y sostenibilidad del autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus Tipo 2. Para las instituciones formadoras de Recursos Humanos en Enfermería, los resultados proporcionaron información útil acerca de la funcionalidad familiar y el autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus que pueden incluir en las asignaturas relacionadas con el Adulto.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

El funcionamiento familiar de las personas diabéticas y su autocuidado requieren de un marco teórico que sustente científicamente el problema de investigación para lo cual se ha revisado la literatura relacionada con la temática.

En primer lugar, se hizo revisión sobre la funcionalidad familiar para lo cual se empezó definiendo que existen muchas concepciones sobre la familia, una de ellas es la perspectiva de la psicología que la define como un sistema familiar que mantiene diversas funciones que puede relacionarse con ayuda de sus miembros también con la adaptación a un nuevo estilo de vida mediante la enseñanza y aprendizaje entre ellos²².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define familia es la unidad básica con estructura y organización que interactúa entre sí, además de complacer las necesidades lo que proporciona el apoyo en la que se requiere a la familia en conjunto²³. La Declaración Universal de los Derechos Humanos define familia como unión afectiva de personas en común donde se constituye como el núcleo de la sociedad de favorecer una armonía entre sus miembros²⁴.

Por los conceptos antes mencionados en la investigación se asume que la familia es un conjunto de personas relacionadas por afinidad que establecen un vínculo entre padres e hijos o lazos mediante el nivel de parentesco entre los integrantes de una familia lo que permite una integración de sus miembros ante una realidad diferente.

Además, se tuvo en cuenta un componente importante de la familia es la estructura familiar definido como el vínculo de individuos y sus relaciones entre sí que forman un sistema (familia). Esta estructura considera que las personas de mayor edad tienen el poder, mientras que las personas de menor edad tienen un lugar por debajo de los padres, es así que donde se habla de funcionalidad familiar, es decir las interrelaciones de la familia²⁵.

Así mismo, se tomó en cuenta el Modelo Circumplejo de Olson el cual puntualiza que la funcionalidad familiar está constituida mediante dos dimensiones: La cohesión y adaptabilidad. La cohesión se refiere a la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia y la Adaptabilidad se define como la capacidad de cambiar su estructura con el objetivo de superar las adversidades que atraviesan la familia a lo largo de vida mientras tanto los extremos de estas dos

dimensiones llegan a ser disfuncionales, siendo los niveles medios los relacionados con la adecuada funcionalidad familiar²⁶.

Los componentes de la funcionalidad familiar se evalúan mediante dos dimensiones que son la cohesión familiar y la adaptabilidad o flexibilidad familiar debido a la importancia de la percepción de acuerdo al sistema familiar. En donde la Cohesión familiar puntualiza como el lazo emocional entre los miembros de la familia se entiende que la cohesión se relaciona con el apego entre los que integran la familia en donde los niveles extremos señalan la disfuncionalidad de la misma. La Cohesión familiar se mide a través del vínculo emocional, los amigos, las alianzas, el tiempo, la toma de decisiones, los intereses y la recreación donde equilibran entre los miembros frente al sistema familiar. Por esta razón la cohesión familiar está dividida en 4 tipos que son la desligada, separada, unida y enredada²⁶.

La cohesión familiar presenta diferentes niveles de familias donde el funcionamiento familiar óptimo de cohesión familiar sería separado y unida mientras que los extremos el desligado y enredada que serían los dificultosos, es así que el nivel de familia desligada manifiesta la independencia de los miembros es extrema lo que llega a una separación sentimental donde cada uno de ellos no se vincula entre miembros de la familia, ya que hay una influencia individual lo que cada uno realiza su vida y así no se presenta ningún vínculo emocional tampoco comparten intereses familiares²⁶.

Otra de las dimensiones de la funcionalidad familiar que es la Adaptabilidad Familiar se define como el cambio en su liderazgo, relaciones de rol y reglas de relación familiar se entiende como las familias se desarrollan y/o equilibran frente al cambio que involucre a sus miembros, básicamente se centra en la capacidad de cambiar cuando sea apropiado sea en el caso de las familias disfuncionales. La adaptabilidad familiar llega a ser la capacidad de moldarse frente a nuevas reglas o nuevos roles ante alguna situación difícil que hace llegar a desequilibrar el sistema familiar. Para la adaptabilidad familiar tiene 4 tipos que son la adaptabilidad familiar rígida, estructurada, flexible y caótica²⁶.

La flexibilidad o adaptabilidad presenta diferentes niveles de familias donde el funcionamiento familiar de Adaptabilidad o flexibilidad familiar sería estructurado y flexible mientras que los extremos que son rígido y caótico donde causarían problemas dentro del sistema familiar, es así que el nivel de familia rígido se ve el liderazgo de un solo miembro de la familia

donde imponen reglas y decisiones sin tomar en cuenta las ideas de los demás miembros de la familia lo que causa que cada miembro tenga un rol definido. El nivel de familia estructurada el liderazgo es democrático mediante los roles y reglas ya estables pero que aceptan cambiar ciertas decisiones entre los miembros de la familia²⁶.

La relación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad confiere tres categorías de funcionalidad familiar como extrema, balanceada y rango medio. Las familias extremas son dificultosas por ambas dimensiones además tienen un funcionamiento disfuncional donde pueden funcionar bien por el tipo es decir en alguna situación especial de la vida familiar ya que la funcionalidad familiar extremo puede ser favorable para la seguridad emocional de los miembros. Las familias de tipo balanceadas son unidas en ambas dimensiones en donde los integrantes de la familia se diferencian por su habilidad de experimentar y equilibrar los extremos de dependencia e independencia familiar además tiende a estar conectados entre sí. Las familias de rango medio presentan problemas en una sola dimensión que pueden ser originadas por periodos de ansiedad.

Respecto al autocuidado se han encontrado definiciones que engloban su aplicación en el cuidado de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como autocuidado a las actividades que las personas, las familias y las comunidades realizan con la intención de mejorar su salud, prevenir enfermedades y recuperar la salud. Las realizan personas que no son profesionales por su cuenta, ya sea de forma autónoma o en ayuda con los profesionales³⁴.

Asimismo, Orem conceptualiza el conocimiento del autocuidado como una acción deliberada por las personas que tiene intenciones y son conscientes de lo que hacen. Aquí la persona actúa como agente en donde los factores condicionantes para el autocuidado que es el sistema sanitario, disponibilidad de los recursos necesarios, el entorno y el sistema familiar pueden afectar el comportamiento de autocuidado porque constituyen una parte importante en la valoración de la persona^{28,29}.

Las prácticas de autocuidado son las actividades que cumple la persona en su propio beneficio y lograr mantener su vida, en el caso de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 hace referencia a la alimentación, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, la revisión de pies y el control glucémico³⁰. Se comenzó por revisar el autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 relacionado con el tratamiento nutricional la cual es el componente importante en el plan terapéutico para las personas con Diabetes²⁹.

El tratamiento dietético en una persona con Diabetes Mellitus debe ser individualizado y adaptado al entorno del paciente la cual debe considerar el sexo, edad, actividad física, costumbres, disponibilidad de conseguir los alimentos y situación económica. Además, debe ser fragmentado ya que los suministros se separan en cinco a seis raciones diarias en el desayuno, merienda, almuerzo y cena. Con la división de los alimentos mejora ser útil en los pacientes con insulino terapia, reducen los picos glucémicos postprandiales y la adaptación a la dieta. El consumo de sal debe ser en una cantidad moderada de un aproximado de 6 g y sólo limitar cuando existan enfermedades agregadas a la Diabetes como la insuficiencia renal, hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca³¹.

Los alimentos altos en fibra consumidos por la persona diabética debe ser 50 g/día especialmente soluble para mejorar la revisión de la glucemia, reducen los picos de glucemia y los niveles de lípidos. La proporción de los nutrientes que debe incluir el tratamiento dietético debe ser dada por un especialista mediante los regímenes establecidos en una dieta para persona diabética donde la ingesta de proteínas dentro del régimen se sugiere no exceder de 1 g ³¹.

El consumo de carbohidratos representa el 55% del valor calórico total (VCT) optando por fibras como las frutas, granos secos y vegetales. Además, el consumo moderado de sacarosa tiende a tener un efecto negativo por eso se recomienda eliminar los azúcares simples como la miel, panela o azúcar. El consumo de grasas debe ser menor del 30% del VCT donde es necesario la ingesta de al menos 20% de grasas monoinsaturadas y el resto de grasas poliinsaturadas. El aceite de pescado proviene de un efecto positivo sobre la persona ya que tiene beneficio sobre los triglicéridos³².

Otro autocuidado de la persona diabética es la actividad física(AF), es una parte significativa del tratamiento para la Diabetes es así que se requiere que la actividad física es cualquier movimiento repetitivo como caminar, trabajar o tareas domésticas que llevan a la contracción de los músculos del cuerpo donde existe un desgaste de energía y es resultado de una serie de conductas con rangos que van desde los movimientos leves hasta niveles de gran intensidad que requieren el uso de gran parte de los músculos donde la actividad física es un tipo ejercicio planificado, estructurado y repetitiva³².

La Actividad Física de la persona diabética es sustancial por los beneficios psicológicos y fisiológicos que lleva a la disminución de la resistencia a la insulina, índice de masa corporal, control de la glicemia, disminución de la resistencia a la insulina, reducción de la presión arterial y reducción del estrés³⁹. La actividad física es un instrumento importante en el manejo del paciente con obesidad. Para que sea productivo es necesario moldear un plan específico bajo supervisión donde mantenga el ritmo y control del ejercicio donde debe ser de preferencia aeróbico, por lo tanto, el ejercicio se tiene que practicar tres veces por semana²⁹.

Además, menciona que cuando el paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 no se controla regularmente puede incrementar los riesgos como presentar alteración del control glucémico dando que los resultados de los exámenes de glucosa en sangre sean elevados. Por tanto, los exámenes de sangre permiten conocer la respuesta particular de la persona mediante la determinación de los niveles de glucosa en ayuno, la curva de tolerancia a la glucosa o la determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c). Asimismo, diferentes asociaciones internacionales que tratan con estudios con personas diabéticas la HbA1c es la mejor prueba diagnóstica para la Diabetes Mellitus tipo 2. Para las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, el control de glucosa capilar es razonablemente confiable para el valorar la glucemia. El hemoglucotest es un método fácil de valorar la glucosa en la que se realiza a través de tiras reactivas que se insertan en el dispositivo llamado glucómetro donde los horarios para realizar este procedimiento deben ser antes de la alimentación que debe ser 80-130 mg/dl y después de la alimentación que debe ser menos de 180 mg/dl. El autocuidado en el control glucémico es importante para conocer el valor de la glucosa cuando la persona no tiene acceso factible acudir a un laboratorio³⁰.

La persona con Diabetes Mellitus tipo 2 deben obtener conocimiento adecuado y las habilidades aptas para la realización del procedimiento donde le permitirá a comprender su enfermedad en especial la influencia de los acontecimientos vitales como, por ejemplo, el ejercicio, dieta, emocional además de los medicamentos hipoglucemiantes y así mejorar en su calidad de vida. Dado el riesgo de sufrir alguna lesión en los miembros inferiores por lo que es necesario incluir el cuidado óptimo de los pies para lo cual se requiere revisar a diario los pies en busca de cualquier lesión cutánea, por mínima que sea, con detenimiento en los espacios interdigitales, plantas y talones²⁹.

El lavado diario los pies con agua tibia se debe secar moderadamente, sobre todo entre los espacios de los dedos; luego se recomienda aplicar crema hidratante entre éstos además de evitar la humedad en los pies. La revisión diaria del interior de los zapatos en busca de cuerpos extraños además es necesario usar zapatos cómodos a la medida de la persona, que no queden ajustados; deben ser de piel suave y suela de cuero así que evitar el calzado puntiagudo y muy importante que la persona nunca camine descalzo³².

El autocontrol de los medicamentos en una persona con Diabetes es indispensable ya que existen diversas opciones de tratamiento farmacológico lo cual el empleo de los medicamentos se requiere cuando la alimentación y el ejercicio son insuficientes para alcanzar los objetivos para un autocuidado óptimo. Para elegir la alternativa inicial se debe considerar el peso corporal de la persona, control de la hiperglucemia y evolución de la enfermedad³⁶. El inicio del tratamiento en una persona con Diabetes es mediante antidiabéticos orales ya que para seleccionar un antidiabético oral debe tener en cuenta características específicas donde cada una actúa de diferentes formas, aunque todas bajan la glucosa, lo hacen de forma distinta³².

La Metformina se utiliza como primera opción en el tratamiento farmacológico de la persona con Diabetes que tiene como efectos la reducción de la glicemia, mejora el perfil glicémico donde produce un menor aumento de peso que otros hipoglucemiantes en la que su ingesta de este antidiabético oral debe ser con las comidas y con un aumento progresivo de la dosis. También es un hipoglucemiante de primera línea que se puede combinar con la insulina Las Sulfonilureas este puede usarse alternativamente como tratamiento inicial en caso de intolerancia a Metformina, los medicamentos son: Gliclazida, Glibenclamida y Glimepirida donde los efectos de estos fármacos son la hipoglucemia y aumento de peso²⁰.

El uso de la insulina en la persona con Diabetes Mellitus puede favorecer al efecto del tratamiento farmacológico que son los antidiabéticos orales que alteran la glucemia cuando se utiliza tratamiento con dosis terapéuticas de un glucocorticoide. La insulino terapia administrada es el método más efectivo y rápido de controlar los niveles de glicemia además es importante recalcar que la insulino terapia intensiva implica que la insulina se administre de acuerdo a controles glucémicos frecuentes. El autocuidado a la administración de la insulina regular (NPH humana) lo que la persona diabética debe tener acceso al glucómetro y a tiras reactivas suficientes para el control de la glucosa. El tratamiento se inicia con una dosis de insulina NPH humana antes

de acostarse lo que esta dosis se ajusta según los controles de glucosa capilar cada 3 a 7 días ante el autocuidado de la persona²⁹.

Además, como punto importante para un mejor autocuidado es la disminución del consumo de tabaco ya que tienden a aumentar las complicaciones macrovasculares por lo que aumenta significativamente la glucosa. Además, el tabaquismo incrementa tres veces la probabilidad de morir de enfermedades cardiovasculares. Es por eso que el hábito de fumar constantemente agrava el pronóstico de los pacientes con Diabetes Mellitus³³.

El inicio de una enfermedad crónica durante la etapa de la adultez tiene consecuencias de organización entre los miembros de la familia que incluso llega a la disfunción familiar o la desintegración de la misma. Además, estas consecuencias están influenciadas por los factores sociales y emocionales ya que pueden tener algún efecto determinante en la adaptación de la persona y su familia en torno a la enfermedad. Es así que la familia debe responder con un cambio en sus dimensiones sea de Cohesión y Adaptación para que la persona pueda llevar un correcto autocuidado de la Diabetes³⁴.

La funcionalidad familiar y su relación con el autocuidado diabético se debe a que en la persona que padece Diabetes se producen cambios importantes en el sistema familiar es ahí que los integrantes de la familia juegan el gran rol sirviendo de sostén como tomar una decisión en relación al control de la Diabetes. Además, conlleva un proceso de adaptación tanto de la persona que padece esta enfermedad sino también de la familia para que así comprenda la enfermedad y la forma de actuar en cada situación³⁵.

La familia debe entender la enfermedad que tanto influye en el paciente adulto pueda controlar psicológicamente la nueva situación de tal forma que en un tiempo prudente pueda adecuarse al nuevo estilo de vida y por otro lado la familia aporta al autocuidado ya que garantizara el bienestar de la persona, seguridad y tranquilidad entre los miembros de la familia. Esta forma de manejo sistemático es importante que el autocuidado se debe trabajar a la par con la familia es así que la Cohesión entre ellos es primordial para lograr la adherencia al tratamiento, el ajuste de la alimentación, buena actividad física, en la ejecución de los comportamientos y la toma de decisiones más adecuados para la salud³⁵.

Para lograr una buena adaptación familiar se requiere que todos los miembros de la familia se incluyan en el plan de tratamiento de la persona con Diabetes por lo que la familia participe en los programas educativos. Hay ocasiones que esta adaptabilidad se da incorrectamente en el sistema familiar lo que aparece un desequilibrio familiar por lo que la persona percibe a sus familias como conflictivas o desorganizadas ante una situación que esto conlleva a un aumento de la hemoglobina glicosilada ya que podría llevarlo a complicaciones microvasculares o macrovasculares³⁴.

En el estudio se llegó a plantear una hipótesis nula que no existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019; y una hipótesis confirmatoria que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue cuantitativa ³⁶.

3.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue corte transversal, no experimental y correlacional³⁶.

3.3. Población, muestra y muestreo

En la investigación, la población fue compuesta con 84 personas adultas diabéticas del Policlínico “Manuel Manrique Nevado” cuyas edades oscilan entre 30 a 59 años atendidas durante el 2018, donde fueron identificadas mediante las historias clínicas del programa Adulto/Adulto mayor, por lo que se utilizó una muestra censal pues se seleccionó el 100% de la población y el tipo de muestreo fue intencional o por conveniencia³⁶.

3.4. Criterios de selección

La selección de los sujetos para el estudio se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Dentro de los criterios de inclusión se consideró: Personas tanto femenino como masculino a partir de 30 a 59 años diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 2 y reciban todo tipo de tratamientos como antidiabéticos orales y/o insulina, que se atienden en el Policlínico Manuel Manrique Nevado y que se pueda comunicar oralmente. Se excluyeron personas con alguna discapacidad física o mental.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó en el estudio fue la encuesta, los instrumentos utilizados fueron 2 cuestionarios: Uno para medir la funcionalidad familiar se utilizó FACES III y otro para medir el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 se utilizó SDSCA.

El instrumento FACES III (Anexo 1) fue elaborado por Olson, traducida al español y validada en México en el año 2002 por Ponce y basado en el modelo Circumplejo³⁸. El cuestionario consta de 20 preguntas planteadas agrupadas en dos dimensiones con una puntuación tipo Likert (cohesión familiar y adaptabilidad familiar) contiene 2 dimensiones; la primera dimensión es la Cohesión familiar la cual está conformada por 10 ítems (vinculación emocional; apoyo; límites familiares; tiempo y amigos ítems; intereses y recreación) y la segunda dimensión que es Adaptabilidad o flexibilidad familiar la cual está conformada por 10 ítems (Liderazgo; Disciplina; Control; Roles y Reglas) con un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5). La escala de Cohesión y Adaptabilidad familiar ha propiciado que las familias se clasifiquen en tres categorías: Equilibradas/Balanceadas, rango medio y extremas.

La puntuación fue de acuerdo a la sumatoria de los ítems seleccionados para cada dimensión lo cual da como resultado diferentes puntajes (Anexo 02). Posteriormente se relacionó las dimensiones de Adaptabilidad familiar y Flexibilidad familiar para el resultado final de la Funcionalidad familiar de cada uno de las personas encuestadas (Anexo 03).

El instrumento SDSCA (Anexo 04) consta de 18 ítems los cuales se relaciona con las dimensiones: Dieta, Ejercicio físico, exámenes de niveles de azúcar en sangre, cuidado de pies, medicamentos y tabaquismo; con una escala de respuestas de 0 a 7 en función del número de días que la persona ha llevado a cabo un determinado comportamiento en la última semana. La valoración de la encuesta se obtuvo a partir de la escala establecida y catalogada como “sin prácticas de autocuidado” cuando sea < de 5 días y “con prácticas de autocuidado” cuando sea > de 5 días. Dicho instrumento en el año 2015 fue validado por Uribe en Colombia³⁷.

Se tuvo en cuenta los criterios de rigor científico: En cuanto a la validez de los instrumentos utilizados en la investigación han sido validados en otros contextos por sus respectivos autores: La encuesta FACES III fue elaborada por Olson y validada por Ponce³⁸ refiriendo el análisis factorial ya que se confirma la validez del instrumento FACES III. La fiabilidad de este instrumento se midió mediante la consistencia interna (Alpha de Cronbach) alcanzando un valor de 0.89.

Uribe³⁷ evaluó la validez de la encuesta SDSCA a través de 4 profesionales en el tema, obteniendo un resultado mediante el análisis exploratorio de 0.6 también se hizo análisis confirmatorio para verificar las relaciones entre los factores y las dimensiones existentes donde el índice total de validez fue de 0.96. La confiabilidad fue medida a través de la consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue de 0.71 la cual considera adecuado.

En la confiabilidad cuando se dispone de un instrumento ya diseñado, revisado por los expertos y está en condiciones de aplicarlo, sin embargo, no se ha verificado su eficacia en una población cercana, por ello antes de aplicarlo a la muestra seleccionada, es necesario probar los instrumentos en un pequeño grupo de personas es decir la prueba piloto. La aplicación de los instrumentos generó datos que posibiliten la confiabilidad de los instrumentos.

Por lo tanto, los instrumentos utilizados se aplicaron previamente a una muestra piloto de 21 personas adultas diabéticas que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación de un establecimiento de salud de características similares al escenario de investigación, con la finalidad de probar su confiabilidad. Asimismo, para tal efecto se empleó el Alpha de Crombrach obteniendo como resultado 0.79 para la encuesta FACES III y 0.72 para la encuesta SDSCA en lo cual se probaron que los instrumentos son confiables (Anexo 05)

3.6. Procedimientos

El proyecto de investigación fue mostrada al comité metodológico de la escuela de Enfermería para su concerniente revisión posteriormente se entregó al comité de Ética de Investigación la Facultad de Medicina de la Universidad en la cual dio como aprobado con la resolución N° 227- 2019-USAT-FMED (Anexo 06) para el proceso de recolección de datos. Una vez aprobado el proyecto de investigación, se hizo el trámite en EsSalud aprobando el proyecto de investigación con el NIT: 1298- 2018-4583 (Anexo 07) donde se canceló una aportación para ejecutarlo luego se solicitó la autorización al director del Policlínico Manuel Manrique Nevado.

Posteriormente se solicitó permiso a la Coordinadora de Enfermeras y a la Enfermera encargada del Programa Adulto/Adulto Mayor, obtenido el permiso se procedió a la ejecución de la investigación. La aplicación de los instrumentos planteados en la investigación se llevó a cabo de Lunes a Sábado durante Mayo hasta Junio del 2019, en la sala de espera en el 3er piso del policlínico durante toda la mañana.

Se captó a las personas adultas que cumplan los criterios de inclusión, previo a la identificación de la investigadora antes de la aplicación de los cuestionarios se informó a la persona mediante la hoja informativa (Anexo 08) donde se dio a conocer los objetivos y propósito, el llenado de los cuestionarios tuvo una duración de 25 minutos. Además, se tomó en cuenta los principios éticos. Los instrumentos fueron calificados de acuerdo a la escala de puntuaciones de cada instrumento y posteriormente las cifras establecidos fueron ingresados a una base de datos para la tabulación.

3.7. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron organizados en una base de datos con el apoyo del programa Excel 2013 para luego ser transferidos al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25 que posteriormente permitió la elaboración de tablas estadísticas correspondientes donde se presentó información en frecuencias absolutas y relativas. Dentro del programa SPSS versión 25 se hizo la tabulación por puntajes respectivos de la primera variable “Funcionalidad familiar” donde los resultados permitieron conocer 3 categorías (extrema, rango medio y balanceado). En

la segunda variable Autocuidado se hizo la tabulación por puntajes respectivos donde los resultados arrojaron 2 categorías (sin prácticas de autocuidado y con prácticas de autocuidado)

Para comprobar si existió correlación significativa entre las variables se aplicó la prueba Spearman para variables ordinales como la funcionalidad familiar y autocuidado. El valor del coeficiente de correlación puede variar de -1 a +1, en donde cero indica no hay correlación. Si el valor de $p < 0.05$ se considera relación estáticamente significativa⁴³, obteniendo como resultado una correlación positiva débil ($Rho=0.096$) entre la funcionalidad familiar y el autocuidado; sin embargo, esta correlación no es significativa. Por tanto, se acepta la H_0 : No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019.

3.8.Consideraciones Éticas: En esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos primordiales del Reporte de Belmont ³⁶.

La autonomía se cumplió en este estudio de investigación ya que los sujetos que formaron parte de la investigación fueron tratados como un ser digno y racional que tiene valores y principios donde se respetó su autonomía además protegiendo su identidad los cuestionarios no requirieron de ninguna identificación. Antes de contestar los cuestionarios fueron informados sobre los objetivos mediante la hoja informativa (Anexo 6). Luego de dar lectura a dicha hoja, los sujetos decidieron si aceptan o no participar en la investigación para la recolección de datos.

El principio de no maleficencia se cumplió en la presente investigación ya que las personas adultas accedieron de forma voluntaria a la vez que su participación no implicó causar daños psicológicos ni físicos por el contrario se procuró al máximo su bienestar.

La justicia se basó en el bien común de cada persona adulta investigada y procurando que haya equidad en la participación de acuerdo a su necesidad, esfuerzo, contribución social y buscando promover el autocuidado de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 con la ayuda de la familia. Además, se le explicó que no existieron beneficios directos.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentó resultados sobre las características generales de las personas encuestadas, la funcionalidad familiar, el autocuidado y finalmente la asociación entre las variables.

TABLA N° 01: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - POLICLÍNICO MANUEL MANRIQUE NEVADO. CHICLAYO, 2019.

Características generales		N	%
EDAD	De 30 - 39 años	11	13.1
	De 40 - 49 años	21	25
	De 50 - 59 años	52	61.9
SEXO	Femenino	56	66.7
	Masculino	28	33.3
ESTADO CIVIL	Casado	45	53.6
	Conviviente	12	15.5
	Divorciado	1	1.2
	Soltero	25	29.8
EDUCACIÓN	Ninguno	2	2.4
	Primaria	19	22.6
	Secundaria	45	53.6
	Superior	18	21.4
OCUPACIÓN	Ama de casa	34	40.5
	Desempleado	3	3.6
	Empleado	47	55.9
AÑOS CON DM TIPO 2	< 5 años	51	60.7
	5 - 10 años	25	29.8
	> 10 años	8	9.5
MEDICACIÓN	Antidiabéticos Orales	69	82.1
	Antidiabéticos Orales e Insulina	6	7.1
	Insulina	9	10.7
Total		84	100%

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: El 61.9% de los entrevistados tuvieron entre 50 a 59 años. Respecto a las variables sociodemográficas más frecuentes: 66.7% fueron de sexo femenino; 69% tuvieron algún tipo de unión; 74% tuvieron un grado de instrucción de secundaria y superior, el 55.7% tuvieron algún tipo de empleo, el 60.7% tienen menos de 5 años con Diabetes Mellitus tipo 2 seguido del 82.1% utilizan antidiabéticos orales.

TABLA N° 02: FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 – POLICLÍNICO MANUEL MANRIQUE NEVADO. CHICLAYO, 2019.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	%
Balanceada	20	23.8
Extremo	20	23.8
Rango Medio	44	52.4
Total	84	100.0

Fuente: Cuestionario FACES III

Interpretación: El 52.4 % de las personas encuestadas presentó funcionalidad familiar de rango medio seguido del 23.8% que presentó funcionalidad familiar balanceada y extremo.

TABLA N° 03: AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 – POLICLÍNICO MANUEL MANRIQUE NEVADO. CHICLAYO, 2019.

AUTOCUIDADO	Sin autocuidado		Con autocuidado	
	N	%	N	%
Dieta	75	89.3	9	10.7
Actividad física	15	17.9	69	82.1
Análisis de Sangre	68	81	16	19
Cuidados de los pies	3	3.6	81	96.4
Medicamentos	5	6	79	94
Tabaquismo	67	79.8	17	20.2
Total	73	86.9	11	13.1

Fuente: Cuestionario SDSCA

Interpretación: El 86.9 % de las personas encuestadas fueron calificadas “sin prácticas de autocuidado” seguido 13.1% fueron calificadas “con prácticas de autocuidado”.

TABLA N° 04: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOCUIDADO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - POLICLÍNICO MANUEL MANRIQUE NEVADO. CHICLAYO ,2019.

AUTOCUIDADO - SDSCA	FUNCIONALIDAD FAMILIAR- FACES III						TOTAL		Valor de p
	BALANCEADA		EXTREMO		RANGO MEDIO				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
DIETA									
BALANCEADA									
Sin autocuidado	18	21.4	19	22.6	38	45.2	75	89.3	0.468
Con autocuidado	2	2.4	1	1.2	6	7.1	9	10.7	
ACTIVIDAD FÍSICA									
Sin autocuidado	4	4.8	3	3.6	8	9.5	15	17.9	0.480
Con autocuidado	16	19.0	17	20.2	36	42.9	69	82.1	
ANÁLISIS DE SANGRE									
Sin autocuidado	17	20.2	13	15.5	38	45.2	68	81.0	0.228
Con autocuidado	3	3.6	7	8.3	6	7.1	16	19.0	
CUIDADOS DE LOS PIES									
Sin autocuidado	0	0	1	1.2	2	2.4	3	3.6	0.231
Con autocuidado	20	23.8	19	22.6	42	50	81	96.4	
MEDICAMENTOS									
Sin autocuidado	3	3.6	1	1.2	1	1.2	5	6.0	0.034
Con autocuidado	17	20.2	19	22.6	43	51.2	79	94.0	
TABAQUISMO									
Sin autocuidado	5	6.0	2	2.4	10	11.9	17	20.2	0.423
Con autocuidado	15	17.9	18	21.4	34	40.5	67	79.8	
TOTAL	20	23.8	20	23.8	44	52.4	84	100	

Fuente: Cuestionario FACES III y SDSCA

Interpretación: Se muestra que de manera global existe una correlación positiva débil ($Rho=0.096$) entre la funcionalidad familiar y el autocuidado; sin embargo, esta relación no es significativa. Por tanto, se acepta la H_0 : No existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019. Sin embargo, se evidencia que existe una relación significativa entre el funcionamiento familiar y el autocuidado en cuanto a la dimensión de medicamentos en la persona con DM tipo 2 ($p=0.34$) con una correlación positiva media ($Rho=0.201$)

El incremento de la Diabetes Mellitus en la población peruana donde la causa principal es el constante cambio de estilo de vida no saludable en la persona que lleva como resultado altos porcentajes de sobrepeso y obesidad donde la causa principal es el consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico³⁹.

A lo largo de la vida, la familia es un sostén importante para la persona con Diabetes y en torno a ella además cuando sospecha una crisis por lo tanto conlleva un proceso de aceptación y adaptación en relación al bienestar físico, emocional y mental de la persona diabética pero también debe incluirse eficazmente en el proceso de entender la enfermedad y la forma de emanar en cada situación y su nuevo estilo de vida⁴⁰.

En la Tabla N° 02 se consigna la información acerca de la funcionalidad familiar de las personas adultas diabéticas encuestadas, encontrándose que 23.8% tuvieron un funcionamiento balanceado, 23.8% extremo y 52.4% rango medio, lo cual podría deberse a que las personas encuestadas en su mayoría refirieron tener una familia catalogada como unida respecto a la cohesión familiar, lo cual implica que son capaces de equilibrar en situaciones complicadas como la Diabetes Mellitus tipo 2 y al mismo tiempo por tener una familia calificada como caótica que se refiere a su adaptabilidad familiar, lo cual implica que las decisiones tomadas de manera impulsivas y muy cambiantes en los roles como integrantes de la familia (Anexo 09).

Los resultados encontrados en la presente investigación respecto al funcionamiento familiar son similares a los reportados por Vásquez⁴⁰ en su investigación realizada en Loja quien reporta 64.4% tuvieron funcionamiento familiar de rango medio y 35.6% tuvieron funcionabilidad familiar extrema. Así mismo los resultados que coinciden a los reportados por Zambrano⁴¹ en Santo Domingo quien reporta 40.7% tuvieron familias medianamente equilibradas (rango medio), 24.7% familias equilibradas (balanceadas) 34.7% familias extremas. Además, son similares a los reportados por Moraga⁴² en su investigación en Chile quien reporta que 48.5% son de nivel de funcionamiento familiar percibido es de rango medio, 23.9% funcionamiento familiar extremo y 5.8% funcionamiento familiar balanceado.

En la presente investigación se pudo comprobar el predominio de las familias con funcionamiento familiar de rango medio lo que implica que su funcionalidad familiar

presenta dificultades en la dimensión de cohesión o adaptabilidad, las cuales pueden ser presentadas por circunstancias que pasa la familia en un momento, lo cual refleja la existencia de una relación entre sus miembros, así como también una capacidad de obstrucción ante los diversos cambios recurrentes que puede sufrir una familia a lo largo de su ciclo vital²⁵.

En la funcionalidad familiar de rango medio influye la cohesión o la adaptabilidad, cuando predomina la cohesión en un nivel moderado entre los miembros de la familia implica que la toma de decisiones se realiza sin dejar de lado sus objetivos personales y son familias donde se puede observar una estrecha unión afectiva entre sus miembros aunque con tendencia hacia la dependencia, o un desapego entre los integrantes de la familia con independencia personal, carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia y siempre requieren de ayuda cuando lo necesitan. Además, se caracteriza por establecer normas o patrones de funcionamiento que son estáticos, son familias autoritarias, generalmente tiene un liderazgo parenteral autoritariamente fuerte y presenta la falta de evolución al cambio dentro del núcleo familiar²⁶.

En la adaptabilidad de las familias de rango medio se caracteriza por una falta de organización, los roles son cambiantes frecuentemente entre padres e hijos y las decisiones son de forma impulsivas. Además, la familia de rango medio es tratada de cambiar abiertamente con mayor facilidad a las situaciones, pero mantiene un equilibrio saludable de poderes entre padres e hijos y las reglas se pueden cambiar ocasionalmente pero cuando la familia lo requiere²⁶.

También se evidenció en menor proporción familias con funcionalidad balanceada en las personas diabéticas del Policlínico Manuel Manrique Nevado, en estas familias la cohesión y la adaptabilidad están equiparadas, por lo que sus integrantes se diferencian por la destreza para mantenerse en forma independiente y dependiente del núcleo familiar. Además, fortalecen la libertad de estar solos o conectados al miembro de la familia, el funcionamiento es dinámico por lo que pueden cambiar, la familia es libre para moverse en la dirección de acuerdo a la situación o la socialización de un miembro de la familia lo requiera²⁵.

En cuanto a las familias con funcionalidad familiar extremo de personas diabéticas del policlínico Manuel Manrique Nevado se encontró en menor proporción, este tipo de familias son incapaces de expresar los sentimientos negativos, difíciles de identificar y enfrentar problemas, no hay comunicación y la unión es poco fructífera. Se caracteriza por una dureza que no permite revisar opciones de conductas donde las peticiones de cambio generan estrés. La cohesión familiar en este tipo de familias es nula donde se caracteriza por poseer límites diferentes que dificulta identificar con exactitud el rol de cada miembro del hogar, la presencia de límites justos, tienen poco en común y no comparten tiempo entre los miembros de la familia. En cuanto a la adaptabilidad familiar es nula en donde existe la ausencia de liderazgo o liderazgo autoritario, cambio de roles o roles fijos y disciplina muy cambiante o ausente²⁶.

El predominio de la funcionalidad familiar de rango medio en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el Policlínico Manuel Manrique Nevado según la teoría de Olson no es saludable, debido a que estas familias tienen tendencia a la disfuncionalidad generada por el mayor predominio de la cohesión familiar que de la adaptabilidad, ya que los miembros de la familia pueden estar separados o conectados entre sí y ser capaces de apoyar a la persona que sufre Diabetes Mellitus tipo 2. Este tipo de familias la adaptabilidad familiar no ha alcanzado un desarrollo óptimo, por tanto, existe poca habilidad para cambiar su estructura de poder, roles, reglas de relación en respuesta al estrés o su propio desarrollo como familia, por tanto, es muy difícil que los integrantes de la familia logren reacomodar su estructura familiar que favorezca adaptarse para enfrentar el desajuste que representa para la familia el que uno de sus integrantes sea una persona diabética ^{25,26}.

Las actividades de autocuidado que realiza la persona en su propio beneficio hacen que logre mantener su vida, en el caso de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 hace referencia a la alimentación, ejercicio físico, tratamiento farmacológico, la revisión de pies y el control glucémico³². El autocuidado de la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 relacionado con el tratamiento nutricional es el componente más importante en el plan beneficioso para las personas con Diabetes que es un elemento integral de autocuidado personalizado para controlar efectivamente los cambios metabólicos para mantener el peso corporal³¹.

En la tabla N° 03 se puede observar que 86.9% de las personas encuestadas fueron catalogadas como “sin autocuidado” y 13.1% como “con autocuidado”. Lo cual podría deberse a que refirieron consumir algún tipo de postres todos los días además de frutas y verduras algunos días a la semana. Los resultados encontrados son similares a los reportados por Del Pezo⁴³ en su investigación realizada en Ecuador quien reportó que 70% no siguen su plan de alimentación y 28.5% consumen una dieta hipograsa e hiposódica. Así mismo los resultados son disimiles a los reportados por León⁴⁴ en su investigación realizada en México quien reporto que 53.4% de las personas diabéticas llevan un plan alimentario saludable de 3 a 5 días durante los últimos 7 días y a los reportados Amaral⁴⁵ por en su investigación realizada en Brasil quien reporto que 83.8% de personas adultas con Diabetes llevan una dieta libre de azúcar, dulces y pastas.

En la presente investigación se pudo evidenciar preponderancia de personas diabéticas en el Policlínico Manuel Manrique Nevado que no tienen prácticas de autocuidado en la alimentación evidenciando un incremento en el consumo de grandes cantidades de carbohidratos y grasas lo cual podría condicionar que la persona diabética no alcance la disminución del peso corporal deseado, además de tener riesgo de altos valores glucémicos postprandiales. Así mismo, puede tener poca probabilidad de controlar eficazmente las alteraciones metabólicas afectándose de manera directa al organismo lo que puede provocar enfermedades agregadas insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca e incluso la Hipertensión arterial²⁹

La persona diabética sin autocuidado en la alimentación implica que tiene un alto consumo de grasas y aumento en el valor energético de la dieta, lo cual se asocia con problemas cardiovasculares. Los ácidos grasos trans y saturados proporcionan este tipo de dieta elevan el colesterol LDL y los triglicéridos; que tienen una función en cuanto a la resistencia de la insulina en las personas diabéticas por lo que el bajo consumo de estas tiene beneficios. Además, las personas que no llevan un plan alimenticio conllevan al aumento de peso corporal que es factor en la dieta del diabético donde el sobrepeso hace que disminuya la sensibilidad de la insulina y aumente la glucosa³⁴.

Las personas diabéticas con una alimentación adecuada llegan alcanzar el control de la glicemia, lo más cerca posible de los valores normales además de prevenir, posponer o tratar las complicaciones agudas y crónicas de la Diabetes. El régimen alimentario debe

ser personalizado entre horarios establecidos que permite distribuir el total de energía durante el día, principalmente el consumo de carbohidratos en porciones reducidas lo cual ayuda a disminuir la producción de glucosa hepática además llegar a valores normales de glicemia postprandial y a la formación de triglicéridos³⁴.

En cuanto al autocuidado de la actividad física se encontró que 82.1% fueron considerados como “con prácticas de autocuidado” debido a que refirieron realizar caminatas de 30 minutos por día; además de realizar ejercicios específicos (aeróbicos). Los resultados encontrados son similares a los reportados por Del Pezo⁴³ en su investigación realizada en Ecuador quien reportó que 57.1% realizan caminatas seguido del 17.1% no realizan ningún tipo de ejercicios y a los resultados encontrados por Galiano⁴⁶ en su investigación realizada en Chile quien reporto que 60.2% de las personas diabéticas realizaron ejercicios al menos 5 veces al día y 39.8% no realizaron ningún tipo de ejercicio. Así mismo fueron disimiles a los reportados por Jaimes⁴⁷ en su investigación realizada en Lima quien reporta que 71% de los pacientes diabéticos nunca realizaron actividad física y 29% si lleva un control de actividad física diaria.

El predominio de las personas con Diabetes mellitus tipo 2 del Policlínico Manuel Manrique Nevado que realizan alguna actividad física hace que tengan un mejor estilo de vida y por lo tanto reduzcan complicaciones posteriormente. La actividad física es un elemento importante para el mejoramiento de su salud de las personas encuestadas lo cual trae beneficios fisiológicos y psicológicos, la reducción de su peso, el control de su glucosa y la reducción de estrés. La realización de actividad física en estas personas son al menos 30 minutos por día haciendo actividades en casa o en el trabajo además que refirieron hacer aeróbicos sea en gimnasio o en casa.

La actividad física en los adultos maduros de al menos 30 minutos trae beneficios adicionales a nivel de los tejidos a mejorar la captación de la glucosa, a nivel muscular incrementa el glucógeno; no siempre se asocia a mejor control glucémico, siendo generalmente necesario que la actividad física sea individualizada.⁴⁸ Las sesiones de ejercicio estimulan el desplazamiento del GLUT-4 a la membrana plasmática e incrementan el transporte de glucosa en el musculo esquelético, este ciclo es normal en personas diabéticas con resistencia a la insulina de esta forma el ejercicio tiene un

resultado beneficioso sobre el control de la glucemia y de forma adicional este autocuidado en ejercicio disminuye el riesgo a una enfermedad agregada a la Diabetes²⁹.

Con respecto al autocuidado frente a los análisis de sangre se encontró que 81% fueron catalogadas como “sin prácticas de autocuidado” con respecto a los controles de glucosa. Los resultados encontrados son similares a los reportados por Pérez⁴⁹ en su investigación realizado en México quien reportó que 61.9% de personas con Diabetes presentaron glucosa descontrolada. Igualmente, los resultados reportados por Andrade⁵⁰ en su investigación realizada en Brasil quien reporto que 89.6% de los pacientes tenían un control glucémico inadecuado ($HbA1c >7\%$) y el 9.4% tenían un control glucémico medio. Además, son disimiles a los reportados por Borba⁵¹ en su investigación realizada en Brasil quien reporto que 76.7% presentaron un control glucémico adecuado en las personas con Diabetes.

El predominio de las personas diabéticas del Policlínico Manuel Manrique Nevado que no llegan a controlarse la glucosa resulta que tenga alteración del control glucémico sin darse cuenta lo que trae consigo resultados elevados en la hemoglobina glicosilada además puede afectar la función de captar mejor la glucosa lo que llega a producir modificaciones. El autocuidado de los niveles de glucosa es un comportamiento positivo para el control de la glucosa en las personas diabéticas. La Diabetes Mellitus tipo 2 se determina por la resistencia a la insulina y una decadencia gradual de las células beta dando que las personas tengan los niveles altos de glicemia²⁹.

Los resultados en las personas diabéticas que no llevan un registro de la glucosa pueden llegar a la hiperglicemia que tiene efecto sobre los tejidos periféricos donde las altas concentraciones en las fibras musculares conducen a una disminución de la glucosa inducida por la insulina, de tal forma que el desarrollo provocado por la glucosa en la acción de la insulina puede ser revertido llevando la glucosa a valores normales, lo que se recomienda el control de la glicemia en sangre de las personas con Diabetes donde puede mejorar la resistencia a la insulina en el músculo²⁹

Los niveles de la glucemia en niveles estables hacen que en la persona diabética prevenga a la progresión y desarrollo de las complicaciones agudas y/o crónicas esto implica un equilibrio adecuado entre los cambios de estilos de vida y la adaptación a los

cambios metabólicos inherentes a la Diabetes por lo que alcanzar este equilibrio requiere en la persona la participación activa y eficaz de llevar un control y tratamiento de la enfermedad.⁵²

En cuanto al autocuidado de los pies de las personas diabéticas se encontró que 96.4% se llegan a lavarse los pies diariamente y de revisarlos cuidadosamente luego el 3.6% sin autocuidado. Los resultados encontrados fueron similares a los reportados por Tuyo⁵³ en su investigación realizada en Tacna quien reporta 62% tuvo un autocuidado en el lavado diario de pies, secado y revisión diaria mientras que 38% tuvieron menos práctica de autocuidado y son similares a los reportados por León¹⁹ en Chiclayo quien reportó 78% autocuidados podológicos correctos y 22% autocuidados podológicos incorrectos. Los resultados son disimiles a los reportados por Balcázar⁵⁴ en Lima quien reporta que 68.3% presentó nivel inadecuado de autocuidado mientras que el 31.7 % presentó un nivel adecuado de autocuidado de los pies.

El predominio de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 del Policlínico Manuel Manrique Nevado que llegan a cuidarse los pies es muy importante ya que las personas pueden llegar a observar alguna deformación pueden ser ocasionadas por esta enfermedad crónica, este autocuidado hace que evite la presencia del pie diabético dado que es una complicación crónica que produce daño progresivo de los nervios y de los vasos sanguíneos de los pies generando una falta de sensibilidad.

En la muestra estudiada refiere que el autocuidado de los pies es favorable en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 ya que por el temor de desarrollar alguna ulcera en el pie lleguen a la amputación. El autocuidado de los pies consiste en la revisión correcta ya que llegan estas personas a perder la sensibilidad y no se dan cuenta que pueden aparecer fácilmente las infecciones lo que provoca niveles altos de la glucosa. Todas las personas diabéticas deben comprobar cambios de coloración, heridas visibles o la pérdida de la sensibilidad⁵⁴.

En cuanto al autocuidado frente a la medicación de las personas diabéticas se encontró 94% consumen antidiabéticos orales todos los días después de cada comida. Los resultados fueron similares a los reportados por Gonzales⁹ en su investigación realizada en Lima quien reporta que 86% de personas diabéticas consumen Metformina todos los

días. Igualmente, los resultados fueron similares a los reportados por Pascacio⁵⁶ en su investigación realizada en México quien reporta que 72.5% cumplieron su tratamiento farmacológico con Metformina y Glibenclamida y 27.5% no cumplieron con los medicamentos indicación para la Diabetes. Así mismo fueron similares a los reportados por Galiano⁴⁶ en su investigación realizada en México quien reporto que 85.9% de las personas con Diabetes llevaron un régimen medicamentoso adecuado y 14.1% no toman sus antidiabéticos orales.

El predominio de las personas con Diabetes del Policlínico Manuel Manrique Nevado si llegan a consumir regularmente los antidiabéticos orales indicados ya que el tratamiento farmacológico en las personas diabéticas favorece a la persona que padece esta enfermedad controlando de manera considerable los niveles de glucosa al inicio del proceso de la Diabetes. La necesidad de entrar en tratamiento farmacológico se da porque no hay sido suficiente el control de peso y ejercicio durante un periodo razonable o bien existan signos de descontrol importantes en la persona. En las personas encuestadas, el mayor porcentaje consumen antidiabéticos orales estos tienen la función de corregir el descontrol de la Diabetes de tal manera que a largo plazo debe funcionar la alimentación saludable, la actividad física y el control de peso aplicados correctamente⁵⁵.

En cuanto al autocuidado frente al consumo de tabaco en las personas diabéticas se encontró que 79.8% si llegaron a consumir tabaco durante su enfermedad. Los resultados encontrados en la presente investigación en el autocuidado frente al tabaquismo fueron disimilares a los reportados por Zambrano⁴¹ en Loja reportaron que 97.3% no son fumadores activos y 2.7% si son fumadores activos. Además, son similares a los reportados por Amaral⁴⁵ en su investigación en Brasil quien reporto que 95.9% son fumadores activos y 4.1% han dejado de fumar. Además, son disimiles a los reportados por Ausili⁵⁷ en su investigación en España quien reporto que 11.9% son personas diabéticas fumadores y 88.1% de estas personas no son fumadores.

El predominio de las personas diabéticas del Policlínico Manuel Manrique Nevado son fumadores activos dando que el tabaquismo dentro del día a día de una persona con Diabetes Mellitus es un factor de alto riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares ocasiona constricción de los pequeños vasos sanguíneos que conducen a complicaciones. El tabaquismo y la Diabetes Mellitus tipo 2 tiene una estrecha relación

ya que es un elemento importante en el desarrollo y aparición de múltiples complicaciones donde tienen 2 a 4 veces más a sufrir una enfermedad cardíaca, trombosis y neuropatía frente a los diabéticos no fumadores⁴⁸.

El hábito de consumir tabaco produce muchos efectos desfavorables para la salud, especialmente para las personas diabéticas que desarrolla un comportamiento psicológico a los cigarrillos. Entre otros efectos, reduce la cantidad de oxígeno que llega a los tejidos, disminución que puede provocar infarto de miocardio, accidentes vasculares y periféricos, este daño hace que agraven las úlceras en los pies, produce incremento de los niveles de glucosa y dificulta el mejoramiento de la Diabetes. La nicotina y resto de los productos químicos que se localizan en el humo del tabaco reduce la sensibilidad de la insulina que contribuye al desarrollo del síndrome metabólico que incluye la alteración de los valores de la glucosa³³.

Por lo tanto, el predominio de personas adultas del Policlínico Manuel Manrique Nevado que no llevan prácticas de autocuidado en la Diabetes que es considerado como la enfermedad crónica no transmisible más conocida en la sociedad peruana donde puede conllevar a la formación de complicaciones agudas y/o crónicas en el transcurso de la enfermedad además de originar hospitalizaciones, generar altos costos para las instituciones de salud y finalmente causar la muerte en los pacientes diabéticos.

La relación entre la funcionalidad familiar y el autocuidado en la persona diabética se debe a que en esta persona se producen cambios importantes en el sistema familiar donde los miembros de la familia juegan un gran rol sirviendo de apoyo psicológico o emocional en relación a la Diabetes. Además, en el paciente diabético conlleva un proceso de adaptación no solo de la persona que padece esta enfermedad sino incluir a la familia para que así comprenda la enfermedad y la forma de actuar en cada situación⁴².

En la tabla N° 04 se puede observar que existe correlación entre la Funcionalidad familiar y el autocuidado en medicamentos de las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 donde. Los resultados difieren a los encontrados por Condori⁵⁸ en su investigación realizada en Arequipa quien reporto que si existe relación significativa entre las variables de autocuidado en relación al tratamiento farmacológico ($p=0.062$) además la investigación reportado por León⁵⁹ en su investigación realizada en El Salvador donde se

encontró relación significativa entre el funcionamiento familiar y el tratamiento farmacológico ($p=0.078$). En los resultados reportados por Zenteno⁶⁰ en su investigación realizada en México quien reportó que existe relación significativa funcionamiento familiar medio y la adherencia al tratamiento de la persona diabética ($p =0.058$)

El funcionamiento familiar está constituido sobre la base de socialización, cohesión, apoyo y regulación de sus miembros e incluye mecanismos que posibilitan auto integrarse y modificarse donde este es la matriz del desarrollo psicosocial de la persona diabética que debe adaptarse a la sociedad y posibilitar la continuidad de su autocuidado.²² Es decir que la funcionalidad familiar y la Diabetes pueden influirse entre ellas ya que esta enfermedad crónica altera la vida familiar e impone nuevos y permanentes cambios en los estilos de vida⁶¹.

Para lograr una buena funcionalidad familiar se necesita que todos los integrantes de la familia se incluyan en el plan de tratamiento de la persona con Diabetes por lo que se requiere que la familia participe en los programas educativos. Hay ocasiones que esta adaptabilidad se da incorrectamente en el sistema familiar lo que aparece un desequilibrio familiar donde la persona percibe a sus familias como conflictivas o desorganizadas ante una situación⁴¹.

Las personas adultas maduras diabéticas son un conjunto muy frágil de la población estudiada con situaciones e insuficiencias que demandan de mayor cuidado, sin embargo, ponen de manera primordial en aspectos biológicos y muy livianamente en aspectos familiares en donde las intervenciones son insuficientes ante una conducta habitual de la misma persona y, por lo tanto, el transcurso de la enfermedad. La familia es la clave fundamental en el control de la enfermedad al inducir un espacio favorable para disminuir el estrés y así mejorar el autocuidado en cuanto al tratamiento farmacológico.⁶²

La funcionalidad familiar y el autocuidado en el tratamiento farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2 es el grado donde el paciente tiene un comportamiento en relación a la toma de medicación y modificaciones en los hábitos de vida indicadas por el profesional de salud. Este comportamiento afecta a la familia dado que es el apoyo de

forma directa o indirecta donde puede influir de manera positiva o negativamente en el cumplimiento farmacológico.⁶²

Por lo tanto, en la presente investigación se encontró relación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado específicamente relacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas diabéticas que participaron en el estudio (valor de $p=0.034$).

V. CONCLUSIONES

1. En la presente investigación se encontró una asociación significativa entre la funcionalidad familiar y el autocuidado específicamente relacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico de las personas diabéticas que participaron del estudio (valor de $p=0.034$).
2. El 52.4% de las personas con Diabetes Mellitus entrevistadas corresponde a la funcionalidad familiar de rango medio y fue clasificada como no saludable. Lo cual implica que estas familias tienen tendencia a la disfuncionalidad generada por el mayor predominio de la cohesión familiar que de la adaptabilidad, por tanto, es muy difícil que los integrantes de la familia logren enfrentar el desajuste que representa para la familia el que uno de sus integrantes sea una persona diabética.
3. El 86.9% de las personas adultas entrevistadas fueron catalogados como “sin prácticas de autocuidado” en la Diabetes debido a que llevan comportamiento como el consumo de productos altos en carbohidratos y azúcares, la falta de ejercicio, desconocimiento de los controles de glucosa y falta de concientización sobre el consumo del cigarrillo.

VI. RECOMENDACIONES

1. A las instituciones de salud pública y/o privada se les recomienda considerar a la familia como un apoyo importante para la persona con Diabetes Mellitus e incluirlas en intervenciones que incluyan no solo al paciente diabético sino a la familia como charlas educativas acerca sobre el tema, dinámicas para explicar la enfermedad y evaluación de los conocimientos adquiridos tanto de la persona con Diabetes como su entorno familiar.
2. Al profesional de enfermería se le recomienda fomentar actividades que consideren la valoración de las fortalezas y debilidades de la persona con Diabetes Mellitus para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.
3. Al profesional de enfermería debe tomar en cuenta en la valoración y manejo integral de la persona diabética, familia y entorno por eso se debe mejorar los objetivos terapéuticos en el autocuidado en la persona.
4. El profesional de Enfermería debe concientizar a la población del programa Adulto/Adulto mayor del Policlínico Manuel Manrique Nevado sobre implementar planes educativos dirigidos a los pacientes y a los familiares de estos para que así puedan tomar conciencia a la Diabetes no como problema individual sino como problema familiar que involucra a practicar el autocuidado entre los miembros de la familia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diabetes: países con mayor número de afectados 2017 Mundial [Internet]. Statista. 2017 [citado 17 de junio de 2018]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/636099/paises-con-mayor-numero-de-adultos-con-diabetes-a-nivel-mundial/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Diabetes [Internet]. Ginebra; 2016 [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: www.who.int
3. Han N, Kirigia J, Claude J, Ogurstova K, Guariguata L, Rathmann W, et al. Diabetes Atlas de la FID [Internet]. Vol. 8, Federación Internacional de Diabetes. 2017. Disponible en: www.diabetesatlas.org
4. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes Mellitus en hospitales notificantes del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 18 de septiembre de 2018];31(1):9-15. Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v31n1/a02v31n1.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Ginebra ; 2017 [citado 18 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
6. Shrivastava S, Saurabh P, Ramasamy J. Papel del autocuidado en el tratamiento de la diabetes mellitus. Bio Med Cent [Internet]. 2013 [citado 19 de septiembre de 2018];12(14):1-6. Disponible en: <http://www.jdmtonline.com/content/12/1/14>
7. Naranjo Y, Concepción J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay [Internet]. 2016 [citado 19 de septiembre de 2018];17(3):215-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300004
8. Asociación Americana de Diabetes. Clasificación y diagnóstico de la diabetes [Internet]. Vol. 39, Diabetes care. American Diabetes Association; 2016 [citado 19 de septiembre de 2018]. p. S13-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696675>
9. González O. Adherencia Terapéutica y Funcionalidad Familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la consulta externa de Medicina Familiar en el centro médico «Lic. Adolfo López Mateos» [Tesis de licenciatura en Internet]. México: Universidad Autónoma del estado de México; 2013 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14302/405580.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Sanchez Y. Relación entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II [Tesis de licenciatura en Internet]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2014 [citado 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uam.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14302/405580.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 2018]. Disponible en:
http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49384/TESIS_FUNCIONAMIENTO_FAMILIAR_Y_RESILIENCIA_EN_PACIENTES_DIABETICOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Rivera P, Hernández C, Carbajal F, Maldonado G. Funcionalidad familiar y control glicémico en adultos diabéticos tipo 2. *Rev Caribeña Ciencias Soc* [Internet]. 2016 [citado 21 de septiembre de 2018]; Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/caribe/2016/12/diabetes.html>
 12. Cuno J, Jaramillo A, Cuba J, Paredes D, Capcha E. 14 de Noviembre, Día Mundial de la Diabetes [Internet]. Cuzco; 2017 [citado 11 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe>
 13. Ramos W, Guerrero N. Situación de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en establecimientos de salud [Internet]. Lima; 2017 [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: www.dge.gob.pe/boletin.php
 14. Palomares L. Pacientes diabéticos: Barreras para mantener una alimentación Saludable y Actividad Física Diaria [Tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3756/Palomares_el.pdf?sequence=1
 15. Zegarra G. Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en la consulta externa del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2015;6(2)7-14. Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/198/202
 16. Arias M, Ramírez S. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac [Tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2013 [citado 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp - Ramirez_ss.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/328/1/Arias_mp_-_Ramirez_ss.pdf)
 17. Aguilar V. Apoyo familiar en adultos mayores que asisten al programa de Diabetes de un hospital del MINSA en Lima. 2017 [Tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018 [citado 21 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7705/Aguilar_mv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Campos A, Vicente D. Perfil Clínico Epidemiológico de Diabetes Mellitus Tipo 2, en pacientes atendidos en los Hospitales Regional Docente Las Mercedes y Provincial Docente Belén Lambayeque 2015 - 2016 [Tesis de licenciatura en Internet]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017 [citado 17 de junio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/951>

19. León M. Autocuidados Podológicos en adultos diabeticos del Policlínico Chiclayo Oeste, 2016 [Tesis de licenciatura en Internet]. Chiclayo: Universidad de San Martín de Porres; 2018 [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3220/3/leon_qmn.pdf
20. Guevara J, Fernández G, Guevara H, Guevara L, Soto V. Nivel de Adherencia al tratamiento farmacológico y dietético en pacientes del programa de Diabetes del Policlínico Chiclayo Oeste-EsSalud. *Rev Exp Med* [Internet]. 2016 [citado 19 de septiembre de 2018];1(1):23-8. Disponible en: <http://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/37/32>
21. Noxpanco I, Gonzalez M, Crespo S. Salud-competencia familiar en el autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Enf Univ*. 2007;4(3):27-32.
22. Losada A. Familia y Psicología [Internet]. ed. Buenos Aires: Dunken; 2015 [citado 19 de octubre de 2018]. 208 p. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=dj8gCAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=funcionalidad+familiar+y+psicologia&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi2y67g6pLeAhXPqlkKHYyXB-EQ6AEIMzAC#v=onepage&q=funcionalidad+familiar+y+psicologia&f=false>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud de la Familia [Internet]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2014 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189:salud-del-adolescente-familias&Itemid=2420&lang=es
24. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) [Internet]. París; 2015 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
25. Ortiz D. La terapia familiar sistémica [Internet]. ed. Quito: Abya-Yala; 2008 [citado 24 de octubre de 2018]. 334 p. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia+familiar+sistemica.pdf>
26. Olson D, Craddock A. Modelo circunplejo de sistemas matrimoniales y familiares. *Rev Fam Ther* [Internet]. 2000;1(2):144-67. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00144>
27. Beth M. El autocuidado [Internet]. 2017 [citado 5 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/SelfCareReportFINAL_ESLA_HR.pdf
28. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de Enfermería. 7ma ed. España: Elsevier; 2014. 809 p.
29. Islas S, Revilla C. Diabetes mellitus: actualizaciones [Internet]. Ed. Mexico: Alfilr; 2013 [citado 5 de octubre de 2018]. 424 p. Disponible en: www.amc.org.mx

30. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD [Internet]. 2000 [citado 5 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
31. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Lima; 2014 [citado 11 de noviembre de 2018]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/GPC_V03_03_14.pdf
32. Compean L, Quintero L, Del Angel B, Reséndiz E, Salazar B, González J. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. Aquichan [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 5 de octubre de 2018];13(3):347-62. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2121/html>
33. Fabián M, Cobo C. Tabaquismo y diabetes. Medigraphic [Internet]. 2007 [citado 10 de octubre de 2018];20(2):149-58. Disponible en: www.iner.gob.mx149
34. Alvarado M, Angulo J, Carballo L, Oconitrillo M, Segura O, Tortós J, et al. Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2 [Internet]. 2.^a ed. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 2007 [citado 6 de noviembre de 2018]. 125 p. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/protocolos/diabetes.pdf>
35. Federación española de Diabetes. Diabetes en familia [Internet]. España: Difusión Digital; 2017 [citado 21 de octubre de 2018]. p. 20. Disponible en: <https://www.fedesp.es/bddocuments/1/COMPLETO EN3D N° 67.pdf>
36. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6.^a ed. Mexico: Interamericana, McGraw-Hill; 2014. 634 p.
37. Uribe D. Cuestionario de Actividades de autocuidado (SDSCA). Universidad de los Andes; 2015.
38. Ponce E, Gómez F, Terán M, Irigoyen A, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). Atención Primaria. 2002;30(10):624-30.
39. Seclén S. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [citado 25 de mayo de 2019];26(1):3-4. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v26n1/a01v26n1.pdf>
40. Vásquez J. Cohesión, adaptabilidad familiar y tipo de familia su relación en el control de la diabetes del adulto mayor, Pasaje 2016. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18298/1/JORGE_VICENTE_VASQUEZ_ILLESCAS.pdf
41. Zambrano D, Carlos 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 de licenciatura]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado 12 de septiembre de 2018].

- 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12858/TESISDRLOORYZAMBRANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Moraga R, Cid P. Factores biopsicosociales que se relacionan con el funcionamiento de las familias con pacientes dependientes. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2017 [citado 27 de mayo de 2019];23(2):57-67. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v23n2/0717-9553-cienf-23-02-00057.pdf>
 43. Del Pezo E. Participacion familiar en el autocuidado del paciente diabetico "Centro de salud #1 Santa Elena" [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013 [citado 14 de septiembre de 2018]. Disponible en: [http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/992/1/ELOISA DEL PEZO-TEISIS.pdf](http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/992/1/ELOISA_DEL_PEZO-TEISIS.pdf)
 44. León E, Orozco L, Argüelles V, Hernández L, Luzanía M, Campos Y. La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Univ y Salud* [Internet]. 2019 [citado 19 de septiembre de 2019];21(2):132-40. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3860>
 45. Amaral R, Barbosa A, Teixeira C, Brandão L, Afonso T, Bezerra A, et al. Conocimiento de los diabéticos sobre la enfermedad y el autocuidado. *Rev enferm* [Internet]. 2019 [citado 19 de septiembre de 2019];2(13):346-52. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009997>
 46. Galiano M, Calvo M, Feito M, Aliaga M, Leiva S, Mujica B. Condición de salud de pacientes diabéticos y su satisfacción con el tratamiento para la enfermedad. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2013 [citado 19 de septiembre de 2019];19(2):57-66. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441813006>
 47. Jaimes K, Blancas L. Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el hospital nacional Sergio E. Bernales, Comas-2018 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo ; 2018 [citado 19 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18105/Jaimes_CK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 48. Gómez C, Palma S. Manual práctico de Nutrición y salud. 2016 [citado 20 de septiembre de 2019]. p. 296-310. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_19.pdf
 49. Pérez Z, Rivas V, Martínez A. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horiz Sanit* [Internet]. 2015 [citado 26 de mayo de 2019];14(1):14-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457844964003>
 50. Andrade C, Ribeiro G, Santos C, Neves R, Moreira E. Factores asociados con altos niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes con Diabetes. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado 19 de septiembre de 2019];7(12):1-10. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247092>

51. Borba A, Arruda I, Marques A, Leal M, Diniz A. Conocimiento y actitud sobre el autocuidado de la diabetes en adultos en atención primaria de salud. *Cien Saude Colet* [Internet]. enero de 2019 [citado 19 de septiembre de 2019];24(1):125-36. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000100125&lng=pt&tlng=pt
52. Federacion Internacional de Diabetes. Guía de autocontrol de la glucemia en la diabetes de tipo 2 sin tratamiento con insulina [Internet]. 2009. 44 p. Disponible en: www.idf.org y www.smbg-iwg.com
53. Tuyo K. Nivel de conocimientos y su relación con la práctica del autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II, en el C. S. San Francisco [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2015 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2175/729_2015_tuyo_poma_kl_fac_s_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Balcázar M, Escate Y, Choque C, Velásquez D. Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. *Rev enferm Herediana* [Internet]. 2014 [citado 14 de septiembre de 2018];7(2):63-8. Disponible en: [https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Articulo 2-7-2.pdf](https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Articulo%202-7-2.pdf)
55. Estela B, Álvarez C, Molina V, Lara A, Fuentes L, Barriguete A. Diabetes: Guía para pacientes [Internet]. 2.^a ed. CENAPRECE. México: Pressprinting; 2011 [citado 20 de septiembre de 2019]. p. 48. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaPacientesDiabetes.pdf>
56. Pascacio G, Ascencio G, Cruz A, Guzmán C. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2016 [citado 19 de septiembre de 2019];22(1-2):23-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48749482004>
57. Ausili D, Bulgheroni M, Ballatore P, Specchia C, Ajdini A, Bezze S, et al. Autocuidado, calidad de vida y resultados clínicos de pacientes con Diabetes tipo 2: un estudio transversal observacional. *Acta Diabetol* [Internet]. 2017 [citado 19 de septiembre de 2019];54(11):1001-8. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00592-017-1035-5>
58. Condori S, Cruz G. Funcionalidad familiar y Adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, Pacientes Hospital Regional Honorio Delgado [tesis de licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018 [citado 12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
59. León C, Ehlerman C. Funcionalidad familiar en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en Hospital ISSS Sonsonate [Tesis de licenciatura]. El Salvador: Universidad de El Salvador ; 2015 [citado 5 de octubre de 2019]. Disponible en:

http://ri.ues.edu.sv/9964/1/TESIS_FUNCIONALIDAD_FAMILIAR_EN_PACIENTES_CON_DIABETES_MELLITUS_TIPO_2_EN_HOSPITAL_ISSS_SONSONATE.pdf

60. Zenteno M, Garcia G, Marín M, Flores M. Influencia del funcionamiento familiar en la adherencia al tratamiento terapéutico y el control glucémico de adultos y adultos mayores con diabetes tipo 2. *Diabetes Care* [Internet]. 2015 [citado 5 de octubre de 2019];22(6):1239-45. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc11-2103>
61. Mendizábal O, Pinto B. Estructura familiar y Diabetes [Internet]. México; 2006 [citado 6 de noviembre de 2018]. p. 21. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v4n2/v4n2a3.pdf>
62. Alcaíno D, Bastías N, Benavides C, Figueroa D, Luengo C. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus de tipo 2 en adultos mayores: influencia de los factores familiares. *Gerokomos* [Internet]. marzo de 2014 [citado 25 de mayo de 2019];25(1):9-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

VIII. ANEXOS

Anexo 01

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FACES III) - OLSON 2002

Estimado Sr(a) el presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación, el cual tiene el objetivo de determinar la relación de la funcionalidad familiar y el autocuidado en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Se le pide que lea con atención las siguientes preguntas y conteste con total sinceridad.

Los datos que se tomarán serán de forma confidencial, anónimas y de uso para la investigación.

I. Datos generales:

Edad:

Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Conviviente

Nivel de Educación: Primaria Secundaria Superior Ninguno

Ocupación: Empleado Desempleado Ama de casa Otros

Años con Diabetes: menos de 5 años entre 5 a 10 años más de 10 años

Tipo de medicación recibida: Insulina Antidiabéticos orales Ninguna

II. Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones acerca de cómo es el trato de su familia en relación con la Diabetes. Lea cada afirmación y marque con una(X), solo una alternativa que refleje como vive su familia, ninguna de las frases es falsa y verdadera, pues varía según la familia.

Nunca= N Casi nunca= CN A veces=AV Casi siempre= CS Siempre=S						
	PREGUNTA	N 1	CN 2	AV 3	CS 4	S 5
1	Los miembros de tu familia se piden ayuda unos a otros					
2	En la solución de problemas se tienen en cuenta las sugerencias de los hijos					
3	En tu familia, todos aprueban los amigos que cada uno tiene					
4	En cuanto al comportamiento, se tienen en cuenta la opinión de los hijos para establecer normas y obligaciones					
5	Nos gusta hacer cosas solo con nuestra familia (con la que vives)					
6	Diferentes miembros de tu familia actúan en ella como líderes					
7	Los miembros de tu familia se sienten más cerca entre sí, que con personas externas de la familia.					
8	En nuestra familia hacemos cambios en la forma de realizar los quehaceres cotidianos					
9	A los miembros de tu familia les gusta pasar juntos su tiempo libre					
10	Padres e hijos dialogan juntos las sanciones					
11	Los miembros de tu familia se sienten muy cerca unos de otros					
12	Los hijos toman las decisiones en tu familia.					
13	Cuando en tu familia se comparten actividades, todos están presentes					
14	En tu familia las normas pueden cambiarse.					
15	Fácilmente se les ocurren cosas que pueden hacer en familia					
16	Se turnan las responsabilidades de la casa.					
17	Los miembros de tu familia se consultan entre sí sus decisiones					
18	Es difícil identificar quién es o quiénes son líderes en tu familia.					
19	La unión familiar es muy importante					
20	Es difícil decir quién se encarga de determinadas labores del hogar.					

Anexo 02: Puntajes de las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad del cuestionario de Funcionalidad Familiar (FACES III)

DIMENSIÓN COHESIÓN	DIMENSIÓN ADAPTABILIDAD
Enredada (44-50 puntos)	Caótica (30-50 puntos)
Unida (38-43 puntos)	Flexible (25-29 puntos)
Separada (32-37 puntos)	Estructurada (20-24 puntos)
Desligada (10-31 puntos)	Rígida (10-19 puntos)

Anexo 03: Relación entre las dimensiones de Cohesión y adaptabilidad del Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FACES III)

Adap \ Coh	DESLIGADA	SEPARADA	UNIDA	ENREDADA
CAOTICA	Extremo	Rango Medio	Rango Medio	Extremo
FLEXIBLE	Rango Medio	Balanceada	Balanceada	Rango Medio
ESTRUCTURADA	Rango Medio	Balanceada	Balanceada	Rango Medio
RÍGIDA	Extremo	Rango Medio	Rango Medio	Extremo

Anexo 04

**CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO EN DIABETES -
URIBE 2015.**

Instrucciones: Las siguientes serán preguntas acerca de sus actividades para el autocuidado de su diabetes en los últimos 7 días. Si usted estuvo enfermo/a durante los últimos 7 días, por favor piense en 7 días consecutivos y anteriores en que estuvo bien de salud. Por favor conteste las preguntas honestamente y lo más preciso posible marcando con una (X) su respuesta.

DIETA

1. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha seguido una alimentación saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

2. Durante el último mes, ¿cuántos DÍAS A LA SEMANA ha seguido una dieta saludable?

0 1 2 3 4 5 6 7

3. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos días ha comido cinco o más porciones/raciones de frutas y vegetales?

0 1 2 3 4 5 6 7

4. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS comió alimentos ricos en grasas como carne roja o productos lácteos que contienen grasa?

0 1 2 3 4 5 6 7

5. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS incluyó dulces o postres en sus comidas?

0 1 2 3 4 5 6 7

EJERCICIO

6. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha realizado usted por lo menos 30 minutos de actividad física? (Minutos totales de actividad que incluye caminar)

0 1 2 3 4 5 6 7

7. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días ha realizado una sesión específica de ejercicios (tales como natación, caminata, o ciclismo) aparte de lo que hace usted en su casa o como parte de su trabajo?

0 1 2 3 4 5 6 7

ANÁLISIS DE SANGRE

8. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado análisis de azúcar en sangre?

0 1 2 3 4 5 6 7

9. Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿cuántos días se ha realizado los análisis de azúcar en sangre en el número de veces que le han sido recomendado por los profesionales sanitarios?

0 1 2 3 4 5 6 7

CUIDADO DE LOS PIES

10. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS revisó sus pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

11. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS inspeccionó sus zapatos por dentro?

0 1 2 3 4 5 6 7

12. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS se secó entre los dedos después de lavarse los pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

MEDICAMENTOS

13. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS tomó sus medicamentos recomendados para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

14. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS aplicó las inyecciones de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

15. ¿En cuántos de LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS tomo el número de pastillas recomendadas para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

TABAQUISMO

16. ¿Ha fumado usted cigarrillo, incluyendo hasta una sola aspiración durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS?

0. No

1. Si

17. ¿Cuántos cigarrillos fumó en promedio por día?

Escriba el número de cigarrillos:

18. ¿Cuánto fue la última vez que fumó un cigarrillo?

- Hace más de 2 años o nunca fumé
- Hace 1 o 2 años
- Hace 4 a 12 años
- Hace 1 a 3 meses
- Durante el último mes
- Hoy

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 05: Alpha de Cronbach de los Instrumentos

Alpha de Cronbach del Instrumento de FACES III

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

$$\alpha = \frac{20}{19} \left[1 - \frac{25}{100.8} \right]$$

$$\alpha = 0.79$$

Alpha de Cronbach del Instrumento de SDSCA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

$$\alpha = \frac{18}{17} \left[1 - \frac{74.8}{233.7} \right]$$

$$\alpha = 0.72$$

Anexo 06: Constancia de aprobación de tesis por la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 227-2019-USAT-FMED
Chiclayo, 28 de febrero de 2019

Vista la solicitud N° 156100 de fecha 27 de febrero de 2019 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Campoverde Villanueva Fátima Milagros, de la Escuela de Enfermería. Asesora: Mgtr. Iliana del Rosario Muro Exebio.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado Funcionalidad Familiar y Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2°.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

Mtro. Antero Enrique Yazarini Martínez
Secretario Académico
Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Méd. Jorge Luis Limo Liza
Decano (e)
Facultad de Medicina

Anexo 07: Constancia de aprobación de EsSalud para la ejecución de la investigación.



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"
CENTRO DE INVESTIGACIÓN
 RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE

CONSTANCIA N° 71

EL PRESIDENTE DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO – RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE – ESSALUD, deja constancia

NIT: 1298 – 2018 – 4583

Que, la Gerencia de la Red Asistencial Lambayeque, autoriza la ejecución del Proyecto de Investigación que se detalla, el mismo que fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Red Asistencial Lambayeque "Juan Aita Valle" – EsSalud, de acuerdo con la Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD. Directiva que estable los Lineamientos de Regulación y Fomento de la Investigación en EsSalud.

TITULO	"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 – POLICLINICO MANUEL MANRIQUE NEVADO. CHICLAYO, 2019":
AUTOR (ES)	• BACH. ENF. FATIMA MILAGROS CAMPOVERDE VILLANUEVA
ASESOR (ES)	• Mgr. ILIANA DEL ROSARIO MURO EXEBIO
UNIVERSIDAD	UNIVERSIDAD SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA	ENFERMERIA
MOTIVO DE LA INVESTIGACION	Optar Título de Licenciada en Enfermería
AREA DE INVESTIGACIÓN	PROGRAMA ADULTO / ADULTO MAYOR DEL POLICLINICO MANUEL MANRIQUE NEVADO DE LA RED ASISTENCIAL DE LAMBAYEQUE
HORARIO	A determinar
PERIODO	Del 15 de Mayo al 15 de Agosto del 2019

Así mismo, la autora del mencionado Proyecto alcanzará al Área de Biblioteca – Red Asistencial Lambayeque, un ejemplar de la Tesis presentada.

Se expide la presente, para fines convenientes, ante las instancias correspondientes.

Chiclayo, 15 de Mayo del 2019

CCR/cva

Dr. Carlos Isaias Cerrón Rivera
 Presidente del Centro de Investigación
 Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo


centroinvest.lambayeque@essalud.gob.pe

Plaza de la Seguridad Social S/N
 Chiclayo – Lambayeque – Perú
 Telf. (074) 237776 Anexo 2375
 (074) 221555

Anexo 08**Hoja Informativa para participar en un estudio de investigación**

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigador : Fátima Milagros Campoverde Villanueva
Título: Funcionalidad Familiar y Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 –Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019.

Propósito del Estudio:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación llamado: “Funcionalidad Familiar y Autocuidado en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 – Policlínico Manuel Manrique Nevado. Chiclayo, 2019”. Este estudio se está realizando para conocer la relación que existe entre el vínculo afectivo en la familia hacia la persona que tiene Diabetes y las actividades que realizan por su propia cuenta para el mejoramiento del estilo de vida. Agradecemos de antemano su colaboración en esta investigación.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted de lectura a la hoja informativa, se le brindará los cuestionarios relacionado con el tema de investigación, que será dividido en dos partes el cual será llenado en un tiempo estimado de 25 minutos.
2. En seguida se procesará la información de manera anónima y se emitirá un informe general de los resultados a la institución donde usted se hace los controles para su enfermedad.
3. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

No habrá ningún beneficio directamente para usted.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente anónima para otras personas, solo el investigador será quien maneje la información obtenida.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.




Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Fátima Milagros Campoverde Villanueva al teléfono 995698977, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

Anexo 09: Cuadro sobre la relación de dimensiones de la Funcionalidad familiar

Adaptabilidad	Cohesión							
	DESLIGADA		SEPARADA		UNIDA		ENREDADA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CAOTICA	2	2.4	12	14.3	19	22.6	17	20.2
FLEXIBLE	3	3.6	9	10.7	6	7.1	2	2.4
ESTRUCTURADA	4	4.8	3	3.6	2	2.4	0	0
RÍGIDA	1	1.2	3	3.6	1	1.2	0	0

Leyenda:	
	Extremo
	Rango medio
	Balanceada

Interpretación: El 52.4% de las personas encuestadas presentó funcionalidad familiar de rango medio seguido del 23. 8% que presentó funcionalidad familiar extremo y balanceada.