



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



**APOYO FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC**

Tesis para Optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Milagros del Pilar Arias Bramón
Sandra Susana Ramírez Gutiérrez

LIMA – PERÚ

2013

Milagros del Pilar Arias Bramón
Sandra Susana Ramírez Gutiérrez

**APOYO FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC**

Asesora: Lic. Nancy Bayona Linares
Docente de la Escuela de Enfermería Padre Luis
Tezza, afiliada a la Universidad Ricardo Palma.

LIMA – PERÚ

2013

A nuestros queridos Padres
y Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl- Mallorca
por su amor y apoyo incondicional
en este proceso formativo de la profesión de Enfermería.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo General.....	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
1.4 Justificación	14
1.5 Limitación.....	16
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes internacionales	17
2.2 Antecedentes nacionales	21
2.3 Base teórica	23
2.4 Definición de términos.....	47
2.5 Hipótesis	48
2.5.1 Hipótesis general.....	48
2.5.2 Hipótesis Específicas	48
2.6 Variables	48
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	49
3.1 Definición operacional de variables.....	49
3.2 Tipo de investigación	50
3.3 Diseño de investigación.....	50
3.4 Lugar de ejecución de la investigación.....	50
3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis	51
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	52
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	53
3.8 Procedimiento para recolección de datos.....	54
3.9 Aspectos éticos	54
3.10 Análisis de datos	55
CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discusión	64
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1 Conclusiones.....	75
5.2 Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	83

RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, representa el 90% de los casos mundiales, reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. Es así que se hace necesario un adecuado apoyo familiar para la contribución en las prácticas de autocuidado. **Objetivo:** Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Adultos mayores se encuentran registrados en el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández de la zona urbana distrito de Pachacámac, muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la técnica será para ambos fue la encuesta. Un instrumento para evaluar el apoyo familiar y el otro para evaluar el autocuidado. La confiabilidad del instrumento se logró mediante una muestra piloto seleccionando a la unidad de análisis con características similares a la muestra del estudio. **Resultados:** De los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta,

ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico. **Conclusiones:** Se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico. Estas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí

Palabras claves: Familia, autocuidado, adulto mayor, diabetes mellitus tipo 2

SUMMARY

Introduction: According to the World Health Organization type 2 diabetes, accounting for 90% of global cases of particular importance not only constitute the leading causes of morbidity and mortality, but the difficulties faced by the patient to carry out treatment, control and prevention of complications. Thus, adequate family support for the contribution in self-care practices is necessary. **Objective:** To determine the relationship between family support and self-care practices of older adults with type 2 diabetes mellitus urban district of Pachacamac - 2013. **Methodology:** quantitative, descriptive, correlational study in a population sample of 48 older adults with type 2 diabetes mellitus and 48 family caregivers. Seniors are registered in the Parish Medical Clinic Father Rogelio Garcia Fernandez of the urban district of Pachacámac, non-probability convenience under the criteria of inclusion and exclusion sampling. For data collection we used two instruments, the art will be for both was the survey. An instrument to assess family support and the other to evaluate the self. The reliability of the instrument was achieved by selecting a pilot sample unit of analysis similar to the study sample characteristics. **Results:** Of the 48 family caregivers 45.8% older than 60 years old, 70.8% female daughter still prevails in care. Of the 48 seniors 60.4% are between 60 to 69 years, 60.4% are female. Family support is adequate at 64.6%. According instrumental dimensions predominated with 66.7% support. Self-care practices are regular in 52.1%. According dimensions resulted in regular medical monitoring, diet, exercise, foot care and eye control. **Conclusions:** female domain was found in both the family caregiver and the elderly with type 2 diabetes mellitus. It was identified that the family caregiver's daughter. Family support was adequate to advantage in

instrumental support. As for self-care practices as they were regular and regular dimensions in the medical control, foot care, diet, exercise and ophthalmological control. These variables are not related, are independent of each other

Keywords: Family, self-care, elderly, diabetes mellitus type 2

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación Apoyo Familiar y Prácticas de autocuidado del Adulto Mayor con diabetes Mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac se encuentra insertado en la cuarta línea de Investigación de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza: Medio ambiente y salud del adulto y adulto mayor y sub índice G. autocuidado . Esta línea incluye estudios que abordan los múltiples factores medio-ambientales, sociales y personales que condicionan el proceso salud-enfermedad de la persona y familia, sobrevalorándose la influencia de los comportamientos cotidianos, las prácticas de autocuidado y el nivel educativo, a fin de determinar las prioridades en salud.

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta representa el 90% de los casos mundiales. La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones.

Es así que es necesario un adecuado apoyo familiar donde la familia es considerada la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia contribuye a mejorar la salud a través de las actividades básicas: proporciona dieta, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado y uso de componentes en la presencia de la enfermedad. Además cabe señalar que las personas de la tercera edad en considerables casos necesitan refuerzo ya que sus funciones sistemáticas, cognitivas van disminuyendo requiriendo entonces la ayuda en el cuidado.

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

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera: En el primer capítulo se realiza una breve introducción, planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación y las limitaciones en la investigación.

En el segundo capítulo se encuentra conformado por el marco teórico donde se describen los antecedentes internacionales y nacionales, base teórica, definición de términos, y el planteamiento de la hipótesis general y específica, finalizando con las variables.

En el tercer capítulo se describe la metodología; está compuesto por la definición operacional de las variables, tipo y diseño de la investigación, lugar de ejecución de la investigación; universo, selección, muestra y unidad

CAPÍTULO 1: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica que reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente diabético para llevar a cabo el tratamiento; control metabólico y prevención de múltiples complicaciones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹ calcula que el número de personas con diabetes mellitus en el mundo es de 171 millones y pronostica que aumentará a 366 millones en el año 2030. A nivel mundial, en el año 2006, la Diabetes Mellitus fue la tercera causa de muerte en mujeres de 65 años y más años y la quinta en hombres del mismo grupo etario.

En México, existe una prevalencia del 10,7% en personas de 20 a 69 años de edad y en las poblaciones mayores de 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Veracruz –México la prevalencia de autocuidado encontrada fue 62%, coincide con los reportes de la literatura. La investigación de factores relacionados con la familia, demostró que hay una fuerte correspondencia entre la familia desintegrada y la falta de práctica del autocuidado. De ese modo se reconoce que la familia es el principal factor relacionado con el autocuidado, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar. ²

Otro estudio realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León-México dio como resultado para la muestra estudiada, que el apoyo familiar debía favorecer el nivel de acciones de autocuidado, reflejándose su efecto positivo en mantener a las personas en atención ambulatoria y en evitar las hospitalizaciones. Una posible explicación que se deriva de la observación directa, es que las personas se resisten a reconocer ante un extraño que sus familiares no lo ayuda lo necesario para mantener controlada su diabetes.³

Según datos de la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud de Perú en el año 2009, la Diabetes Mellitus fue la decimoquinta causa de mortalidad afectando al 14% de los peruanos, donde Lima y Piura, fueron los más afectados. Cifras encontradas alarmantes que reflejan alguna situación que ha conllevado a descuidar la salud; por lo que debemos lograr comprender qué situación está influyendo a que el paciente no se identifique con su enfermedad.⁴ Resaltando que un estudio realizado en: Policlínico de ESSALUD de Chincha-Perú, muestra que los pacientes del programa de diabetes presentaron un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas.⁵

Un dato importante por el estudio de Hajar⁶ se observó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar.

La familia es la institución más fuerte de la sociedad, entre sus funciones esenciales está prestar apoyo a los miembros que la integran, pues está contribuye a mejorar la salud de quienes lo conforman y se ve reflejado en el nivel de autocuidado que posee el individuo. El autocuidado es una actividad aprendida desde pequeño y se da respuesta de acuerdo a la experiencia que

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

Entendiendo la relevancia de esta problemática en la sociedad. El presente estudio fue realizado con familiares cuidadores y adultos mayores diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 que se encuentran registrados en el Consultorio Médico Parroquial P. Rogelio García Fernández de la zona urbana del Distrito de Pachacámac; lugar que se viene observando incremento de la enfermedad en la población, también se puede percibir diversas complicaciones como: insuficiencia renal, neuropatía, pie diabético retinopatía diabética, dificultades que afectan la calidad de vida del adulto mayor y la armonía familiar, ya sea por el costo económico y los periodos de largas hospitalizaciones.

1.2 Formulación del problema

Ante esta realidad se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre apoyo familiar y las prácticas de autocuidado que realiza el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en la zona urbana del distrito de Pachacámac?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, en la zona urbana del Distrito de Pachacámac.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar al familiar cuidador del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a la edad, sexo, grado de instrucción y grado de parentesco.
- Identificar el tipo de apoyo familiar que recibe el adulto mayor según apoyo informacional e instrumental.
- Identificar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico.
- Relacionar el apoyo familiar con las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

1.4 Justificación

La diabetes mellitus tipo 2 representa un problema de salud pública de creciente magnitud ya que repercute en los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Considerando también el creciente

envejecimiento de la población peruana, los adultos mayores enfrentan una carga acumulada de problemas de salud, que no fueron atendidas de manera adecuada en las etapas de vida productiva. Esto determina que se presenten en este grupo mayores riesgos de enfermar y morir. Esta situación exige apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas.

Para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo se requiere una adecuada educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control metabólico y control de complicaciones. Es así que el adulto mayor con diabetes tipo 2 al contar con adecuado apoyo familiar que implica apoyo informacional (información de la enfermedad), apoyo instrumental (conductas que asuman los familiares hacia el enfermo y las medidas de control) podrá tener un eficiente autocuidado, conciencia de enfermedad y calidad de vida.

Por lo tanto el presente estudio que se realizó en la zona urbana del distrito de Pachacámac. Permitió determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 contribuyendo así con el actuar de enfermería ya que el profesional de enfermería, tiene un papel importante que desempeñar frente a la complejidad de la enfermedad, tanto en el logro del adecuado apoyo de la familia al paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y el fortalecimiento en el autocuidado del paciente para mejorar la calidad de vida y prevención de posibles de complicaciones en la salud.

1.5 Limitación

- El presente trabajo de investigación tuvo como limitación la escasa existencia de estudios previos e información actualizada sobre el tema a investigar.
- Este estudio se limita a identificar el apoyo instrumental e informacional que brinda el familiar cuidador al paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Los resultados que se reportan son válidos sólo para la población estudiada, tratándose de una población no probabilística.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes internacionales

Herrera et al.⁷ investigaron sobre Personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y su capacidad de Agencia de Autocuidado, Cartagena. Objetivo: Identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Metodología: diseño descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas. Resultados: Predominó el sexo femenino 68,4 %. Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. Conclusiones: El apoyo social recibido por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y las prácticas de higiene personal y del entorno, el conocimiento y la adherencia a la dieta, permiten a los pacientes una buena capacidad de agencia de autocuidado.

Azzollini et al.⁸ investigaron sobre Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Objetivo: Analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos. Material y método: Estudio descriptivo correlacional. Se tomó una muestra probabilística al

azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de diabetología cuatro hospitales públicos seleccionados durante el año 2010. Se administró un cuestionario de datos personales y de percepción de apoyo social familiar y laboral, y, una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado. Resultados: 57% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 eran mujeres. En cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expreso que su familia los apoya siempre, el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar. Concluyeron que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.

Romero et al.⁹ investigaron sobre el Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de Urgencia en México. Objetivo: Determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Material y método: Estudio descriptivo y transversal, muestra por conveniencia 251 personas de ambos sexos, con edad entre 30 y 80 años. Resultando de acuerdo con la propuesta de clasificación de la Escala de Capacidad de Autocuidado, las respuestas fueron agrupadas y categorizadas en: muy buena, buena, regular y mala; mostrando que 66,5% capacidad regular, 33,5% de las presentaron buena capacidad de autocuidado y ninguno presentó capacidad para el autocuidado considerada muy buena o mala. Concluyendo que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular. La capacidad de autocuidado

está vinculada a múltiples variables, que merecen atención de los profesionales de salud cuando se realiza la proposición de programas de educación.

Paucar ¹⁰ investigó sobre la Incidencia de la Actividad Física en el Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, en los diabéticos de la Asociación de Diabéticos del Sur de Quito (ADSUR), en el periodo Mayo – Julio del 2008. Propuesta alternativa. Objetivo: Identificar la relación que existe entre la actividad física y el control de la diabetes tipo2. Material y Método: La investigación a realizarse es de tipo correlacional, la población está integrada por treinta diabéticos de la Asociación de Diabéticos del Sur de Quito en razón de que la investigación requiere instrumentos y materiales costosos; se va a realizar aleatoriamente la selección de veinte personas que integrarán la muestra. Para medir la variable actividad física se utilizará el cuestionario IPAQ, avalado por la OMS. Para medir la variable diabetes tipo 2 se utilizará el glucómetro. El Glucómetro dará la información de cómo se encuentra el nivel de glucosa antes y después de cada práctica diaria de actividad física. Resultados: El 54% de quienes participaron en este programa tuvieron un nivel de actividad física elevado, y un 46% de las personas que participaron tuvieron un nivel moderado de actividad física; todo esto antes de comenzar las prácticas de actividad física.

Conclusión: Los resultados de la investigación comprueban la hipótesis propuesta, ya que la práctica regular de actividad física permitió controlar la hiper glucemia después que esta aparecía en el estado basal o postprandial del diabético; demostrando que la actividad física es indispensable para un buen control glucémico del diabético.

Compeán et al. ¹¹ investigaron sobre Conductas de Autocuidado e Indicadores de salud en Adultos con diabetes Mellitus tipo 2. Objetivo: Analizar las conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud,

representados por el control de la glucemia, perfil de lípidos, IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal. Material y Método: estudio descriptivo y correlacional, en una muestra aleatoria de 98 adultos registrados en una clínica de primer nivel de atención en una zona urbana de Nuevo León México. Resultados: El 74,5% de los participantes fueron mujeres. El autocuidado global fue bajo ($X=36,94$, $de=15,14$). Conclusión: En esta investigación se encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad/ sobrepeso. A las mejores conductas de autocuidado generales les correspondió mejores indicadores de salud, como mejor hemoglobina glucosilada, IMC bajo y menos grasa corporal, esto influenciado por el género. En el caso los factores del autocuidado, un mejor control de la dieta significó un menor porcentaje de grasa corporal, influenciado por el género y por haber comprendido los conceptos sobre diabetes.

Cho¹² investigó el Apoyo familiar en la prevención del pie diabético en Guatemala. Objetivo: Establecer el apoyo emocional, terapéutico y los cuidados que la familia proporciona al paciente para evitar el pie diabético. Material y método: Diseño descriptivo, 30 pacientes de sexo masculino y femenino de 45 a 65 años diagnosticados con diabetes mellitus que fueron atendidos en la consulta externa del Seguro Social de Santa Lucía Cotzumalguapa. Resultados: El 67% de pacientes con diabetes tipo 2 corresponde al sexo masculino, en relación a que si la familia del paciente diabético conoce la importancia de los cuidados para evitar complicaciones del (pie diabético) el 80% respondió que no. Concluyeron que: Los cuidados que le brinda la familia al paciente para evitar complicaciones del pie diabético es deficiente aunque participa de sus

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

2.2 Antecedentes nacionales

Oyola ¹³ investigó sobre los Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero – Nuevo .Chimbote, 2010. Objetivo: determinar la relación entre el Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. Metodología: tipo cuantitativo, de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional se aplicó dicha investigación a un universo mastral de 103 adultos maduros; utilizando los siguientes instrumentos: la Escala del Estilo de Vida y la Escala de Autocuidado. Los datos fueron procesados en el software especializado de estadística, SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Resultados: Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un 94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio. Existe relación significativa entre el estilo de vida y el nivel de autocuidado.

Goicochea y Lavado ¹⁴ investigaron sobre el Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético. Realizado en el Hospital III ESSALUD Chimbote. Objetivo: Establecer la relación entre el grado de apoyo social y el nivel de autocuidado en personas adultas mayores diabéticas. Metodología: Tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, población de 60 adultos mayores diabéticos que asisten al programa del MAIS – ADULTO, la

recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos: Test de apoyo social y el Test de autocuidado. Resultados: presenta un mayor porcentaje de buen nivel de autocuidado con un 48,33%, un regular nivel de autocuidado con un 41,67% y un 10% presentan nivel de autocuidado deficiente. En cuanto al apoyo social se observa que el 66,67% tienen un nivel de apoyo social bueno, el 25,0% un nivel de apoyo social regular y en menor porcentaje 8,33% con un apoyo social deficiente. Se llegó a la conclusión que: El autocuidado depende del apoyo social que el adulto mayor diabético reciba, ya sea por parte de la familia, amigos o la sociedad en sí, ya que mediante el apoyo social el adulto mayor si tiene alguna enfermedad podrá conllevar mejor el tratamiento y mejorar su calidad de vida.

Hijar⁶ investigó sobre Conocimientos que tienen los Pacientes Diabéticos y sus Familiares sobre la Enfermedad y sus Cuidados en el Hogar, en el HNDAC, Lima. Objetivo general determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. Metodología: Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario utilizando para los pacientes como para su familiar. Resultados: En cuanto a los aspectos generales de los pacientes encontró que 58,6% son varones. Asimismo 54,6% poseen edad entre 51 – 60 años. Acerca del grado de instrucción 64% han cursado nivel secundario entre completa e incompleta, 20% estudios nivel primario. En cuanto a los datos generales de los familiares de los pacientes diabéticos tenemos 72% son de sexo femenino, en cuanto a la edad tenemos 44% sus edades comprenden

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

2.3 Base teórica

2.3.1 Apoyo familiar

La Organización Mundial de la Salud¹ define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala. Por otro lado Claude Lévi-Strauss sostiene que la familia tiene su origen en el establecimiento de una alianza entre dos o más grupos de descendencia a través del enlace matrimonial entre dos de sus miembros. La familia está constituida por los parientes, es decir, aquellas personas que por cuestiones de consanguinidad, afinidad, adopción u otras razones diversas, hayan sido acogidas como miembros de esa colectividad.

El Apoyo Familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la

familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso de componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar.

Apoyo familiar base de la red de apoyo social

El apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal.¹⁵

De acuerdo a Valadez:¹⁷

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

Tipos de apoyo familiar

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

El apoyo emocional

Definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar.

El apoyo informacional

Proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros. Según Valadez F. considera el apoyo informacional: los conocimientos de la familia relacionados con las medidas de control y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.

El apoyo instrumental

Es la provisión real de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita; (p. ej., acompañar al paciente al hospital, administrarle inyecciones de insulina). Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas.¹⁷

Según Barreda y Ainlay señala el apoyo instrumental es la dimensión de la ayuda tangible, donde se proporciona recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre

otros.¹⁸

Para Valadez F, el apoyo instrumental comprende las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control; señala como ejemplo la ayuda para entender las indicaciones médicas. Considera también que el apoyo informacional e instrumental pueden considerarse como apoyo emocional.¹⁷

Importancia del apoyo familiar

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

- La familia es, normalmente, la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos y en los que producen incapacidades.
- El apoyo familiar también tiene un importante papel en la neutralización del estrés.
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas.¹⁹

2.3.2 Prácticas de autocuidado en el paciente diabético tipo 2.

El paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas

complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías.

Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente. También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado.²⁰

Control Médico

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

La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente son peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies,

electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa.²¹

Cuidado dietético

Tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”.

- El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etcétera), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.
- Debe ser fraccionado. Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda,

almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulinoterapia.

- La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal)

- No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución).

Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.

- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo (recomendación D). Los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed (precaución).

- Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.
- Se recomienda: Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.
- La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res). Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón. El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre. Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia. Recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

Ejercicio físico

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

El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas:

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

Efectos generales del ejercicio

- Hiper respiración (oxigenación)
- Aumento de la función cardiovascular.
- Aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular
- Mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol

(LDL)

- Aumenta el gasto energético
- Sensación de bienestar general
- Control de peso
- Mejora la presión arterial

Efectos endocrinológicos:

- Disminución de los niveles de insulina
- Disminución de los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular.
- Aumento de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico.
- Mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina.

El ejercicio intenso o el deporte competitivo requieren de medidas preventivas, así:

- Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución(hay riesgos mayores en caso de existir retinopatía , neuropatía autonómica y otras)
- Las personas insulino-requirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada. Eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina.
- No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato

- Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física
- Está contraindicado la actividad física en pacientes descompensados.

Cuidado de los pies

Incluye aseo adecuado, secado, lubricación Brunner ²⁵, menciona que también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa.

Cuidado Oftalmológico

Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves.²⁰

Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

A principios de la década del 70, Dorotea Elizabeth Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general denominada “Teoría del déficit de autocuidado”, considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- Teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc. Y los derivados de las desviaciones del estado de salud.
- Teoría del déficit del autocuidado, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.
- Teoría de los sistemas de enfermería, describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente. ²²

La teoría de Orem considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. La persona se contempla como un agente, con la capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. Los autocuidados pueden ser: universales (aspectos fundamentales de la vida, dirigidos las necesidades vitales), asociados al proceso de desarrollo (según la edad de la persona) y los derivados de las desviaciones del estado de salud proceso de la enfermedad, tratamiento y diagnóstico médico.²³

Promoción del autocuidado del profesional de enfermería

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.⁵

Históricamente, la Enfermería es una disciplina que tiene como uno de sus objetivos la educación de las personas para el autocuidado. El autocuidado es definido como una función reguladora que los individuos utilizan deliberadamente para manutención de los requisitos vitales, del desarrollo y funcionamiento integral.

La habilidad para desempeñar el autocuidado es desarrollada durante el curso de la vida diaria, por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje, en el período de la madurez de la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros y mediante la experiencia de medidas de autocuidado.

El autocuidado también es considerado como parte del estilo de vida de las personas, el cual es comprendido como estándares de conducta que se reflejan en la forma de interactuar de los individuos con su medio social. Así, la elección de un estilo de vida saludable implica en acciones de autocuidado concreto, tales como la automedicación, el autotratamiento, el apoyo social y el cuidado en situaciones de enfermedad en el ambiente de la persona. La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.⁹

Relación de la Teoría del déficit del autocuidado con la investigación.

Orem considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. Según el déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación de la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción orienta a la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor que tiene de autocuidado.²³

El rol de la enfermera está orientado para ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, o de apoyo-educación, ayudando a los adultos mayores con diabetes mellitus 2 para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

Con los resultados encontrados en dicha investigación se podría plantearse acciones en enfermería, con lo que se integra a la teoría de los sistemas de enfermería planteados por Orem, que pueden estar preparados para personas individuales, dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demanda de cuidados terapéuticos con componentes semejantes o presentan complicaciones semejantes que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente.

2.3.3 Adulto Mayor.

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejas, ancianas, geronte, entre otras.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario.

A fin de orientar adecuadamente los servicios socio sanitario destinados a las personas adultas mayores, se ha clasificado en tres grupos.

- Persona Adulta Mayor independiente o autovalente. Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.
- Persona Adulta Mayor Frágil: Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.
- Persona Adulta Mayor dependiente o postrada (no autovalente): Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental

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

En América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúan más que otros.

El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales, los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a los diferentes niveles de instrucción, lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas.

Este hecho hizo que accedieran en su mayoría a un trabajo formal y desarrollo en condiciones de mayor independencia, preferentemente en espacios no domésticos, mientras que en el caso de las mujeres, en su gran mayoría fueron marginadas para acceder a la escolaridad, lo que posteriormente limitó sus posibilidades de calificarse para el trabajo y su participación en el sector formal. Su quehacer tuvo lugar sobre todo en la esfera

doméstica, convirtiéndolas en personas económicamente dependientes.²⁴

2.3.4 Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de secreción o la acción de la insulina, o ambas.

Fisiología y fisiopatología de la diabetes.

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos (glucógeno), indica al hígado que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adipocito, acelera el transporte de aminoácidos (proteínas dietarias) a las células.

Clasificación

Hay varios tipos de diabetes mellitus que difieren en cuanto a causa, curso clínico, y tratamiento. Las principales son las siguientes.

- Tipo 1
- Tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional
- Diabetes mellitus relacionadas con otros padecimientos o síndromes

Diabetes Mellitus tipo 2

Es un trastorno metabólico caracterizado por la deficiencia relativa de la producción de insulina, así como menor acción y mayor resistencia a la misma. Antes se denominaba diabetes no insulino dependiente, del adulto o tipo II. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. No se conoce el mecanismo exacto que conduce a la resistencia a la insulina y a la secreción deficiente de ésta en la diabetes tipo 2, aunque se cree que factores genéticos son parte de este proceso.²⁵

Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un periodo sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas

- Glucemia medida en plasma venoso que se igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).²⁶

Manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2

- Poliuria(incremento de la micción)
- Polidipsia(incremento de la sed) resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica
- Polifagia(incremento del apetito) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas
- Fatiga
- Debilidad
- Cambios visuales repentinos
- Hormigueo o parestesias en manos y pies

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

- Tratamiento no farmacológico. El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.
- Tratamiento con antidiabéticos orales. Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antidiabéticos en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida

- Insulinoterapia. Toda persona con diabetes mellitus tipo 2 requiere insulina para el manejo de la descompensación metabólica severa causada por enfermedad intercurrente. Se entiende por enfermedad intercurrente toda patología aguda que presenta la persona con diabetes y que no sea causada por su problema base. Usualmente este paciente se encuentra clínicamente inestable requiere manejo intrahospitalario.

Complicaciones agudas severas de la diabetes mellitus tipo 2

Las complicaciones agudas de la diabetes se refieren a la hipoglucemia y a la hiperglucemia o síndrome hiperglucémico hipersmolar no cetosico.

Hipoglucemia.

La hipoglucemia (concentración anormalmente baja de glucosa en sangre) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/ml (2.7 a 3.3 mmol/L).

- La hipoglucemia severa en la persona con diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente cuando se busca un control un control estricto de la glucemia, sobre todo en los que reciben sulfonilurias o se aplican insulina.
- El aumento en la frecuencia de hipoglucemias puede indicar el comienzo o empeoramiento de una falla renal que tiende a prolongar la vida media de la insulina circulante
- Hay situaciones que aumentan el riesgo de hipoglucemia en la persona con diabetes mellitus tipo 2.
- Retrasar u omitir una comida
- Beber alcohol en exceso o sin ingerir alimentos simultáneamente.
- Hacer ejercicio intenso sin haber ingerido una colación apropiada.

- Equivocarse en la dosis del hipoglucemiante como le puede ocurrir a personas de edad avanzada que olvidan si ya tomaron la medicina o que no ven bien la dosis de la insulina, etc.

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2

Las categorías generales de las complicaciones crónicas de la diabetes son enfermedad macrovascular, enfermedad microvascular, neuropatía diabética, pie diabético.

Complicaciones macrovasculares.

Resultan de cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes cuyas paredes se engruesan, esclerosan y ocluyen por placas; a la larga, el flujo de sangre se bloquea. La arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica son los tres tipos principales de complicaciones macrovasculares más frecuentes en la población de diabéticos.

Complicaciones microvasculares.

Se caracteriza por engrosamiento de las membranas basales de los capilares que rodean a las células capilares endoteliales. Dos áreas afectadas por estos cambios son la retina y el riñón entre las enfermedades que se presentan:

Retinopatía diabética

Es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, sino es diagnosticada a tiempo puede llegar a la ceguera; se pueden presentar signos como microaneurismas, hemorragias introretinianas.

Nefropatía diabética.

Poco después de que se inicia la diabetes, aumenta el índice de filtración glomerular. La composición molecular de la membrana basal de los capilares renales (glomérulos) tiene estructuras que sirven como un filtro selectivo o semipermeable, esta membrana se engruesa como resultado de la hiperglucemia crónica y se vuelve permeable, con lo que se pierden proteínas plasmáticas en la orina. Si hay hiperglucemia, el mecanismo de acción renal se ve sometido a esfuerzo adicional, aumenta la presión de los vasos sanguíneos renales y esto sirve como estímulo para la aparición de nefropatía.

Neuropatía diabética.

Abarca el grupo de enfermedades que afectan a todos los tipos de nervios tales como periféricos, autónomos y centrales. Puede haber engrosamiento de la membrana basal capilar y cierre de los capilares, también desmielinización nerviosa.

1. Polineuropatía o neuropatía periférica.- Afecta las extremidades inferiores; entre los síntomas iniciales que presentan son parestesias (sensación de hormigueo o prurito) y sensación de quemadura en la noche, al progresar la neuropatía los pies se vuelven insensibles.
2. Neuropatía autónoma.- La neuropatía del sistema nerviosos autónomo produce una amplia gama de disfunciones que afectan casi todo órgano y sistema del organismo. Tres manifestaciones de la neuropatía autonómica están relacionadas con los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y renal.²⁵

Pie diabético.

El síndrome de pie diabético es definido por la OMS como la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociado a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica siendo el resultado de la interacción compleja de diferentes factores. El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.

Etiopatogenia

En el pie diabético intervienen varios factores: polineuropatía, enfermedad vascular periférica y déficits inmunológicos. La polineuropatía está implicada en el 80% de las úlceras. El déficit sensorial hace que el pie sea insensible ante estímulos dolorosos y propensos a lesionarse. La afectación autonómica provoca una pérdida de sudoración, volviendo los pies más secos y con tendencia a la hiperqueratosis. La neuropatía motora provoca atrofia muscular y adelgazamiento de la almohadilla grasa que está bajo los metatarsianos. Se producen deformidades de los dedos y de los pies, provocando zonas de alta presión donde inicialmente se origina hiperqueratosis, y si los factores locales siguen incidiendo, terminará por aparecer una úlcera. Las úlceras neuropáticas tienen una localización predominante plantar.²⁷

Factores de riesgo para el pie diabético

Se produce como consecuencia de la asociación de uno o más de los siguientes componentes:

- neuropatía periférica
- infección, enfermedad vascular periférica,
- trauma
- alteraciones de la biomecánica del pie.

Síntomas y Signos

Según la clasificación de los grados de severidad del pie diabético de acuerdo con la escala de Wagner

- Grado 0: Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, pérdida de la visión, nefropatía, edad avanzada.
- Grado 1. Ulcera superficial.
- Grado 2. Ulcera profunda que llega a tendón, ligamento, articulaciones y /o hueso.
- Grado 3. Infección localizada: celulitis, absceso, osteomielitis.
- Grado 4. Gangrena local.
- Grado 5. Gangrena extensa.²⁶

2.4 Definición de términos

- Apoyo familiar: Son las relaciones personales que se establecen en el interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas.
- Prácticas de autocuidado: El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

El apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran relacionadas significativamente.

2.5.2 Hipótesis Específicas

- El familiar cuidador del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 generalmente es la hija/o.
- El tipo de apoyo familiar que recibe el adulto mayor informacional e instrumental es inadecuado.
- Las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 respecto: control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico son deficientes
- A adecuado apoyo familiar informacional e instrumental al adulto mayor con diabetes tipo 2, las prácticas de autocuidado en control médico, ejercicios, dieta, cuidado de los pies y control oftalmológico son buenas.

2.6 Variables

- Variable independiente: Apoyo familiar al adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.
- Variable dependiente: Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Definición operacional de variables

Para el proceso de la investigación se utilizaron dos variables:

3.1.1 Apoyo familiar. Es la información que los familiares buscan y poseen acerca de las medidas de control y complicaciones de la diabetes mellitus, también es la provisión real de los servicios donde la familia emite conductas y ayuda material a los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2.

3.1.2 Prácticas de autocuidado. Son las actividades o acciones que realiza el adulto mayor siguiendo la prescripción médica. Dieta es el régimen alimenticio que lleva el paciente con diabetes mellitus tipo 2 indicada por el nutricionista o médico tratante. Ejercicios es el patrón de prácticas físicas que realiza el paciente con diabetes mellitus tipo 2 que favorecen el control de la glucosa. Cuidado de los pies son las acciones encaminadas a evitar heridas y complicaciones en los pies del adulto mayor. Control oftalmológico es la revisión por el médico oftalmólogo para evitar complicaciones en la vista en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

3.2 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de método descriptivo. Es cuantitativo por que se evalúa por medio de cantidades los resultados. Es descriptivo porque está dirigido a obtener información y características de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 sobre las prácticas de autocuidado que presentan y el apoyo que les brindan sus familiares.

3.3 Diseño de investigación

Es una investigación no experimental de diseño transversal correlacional porque se encargan de describir relaciones entre dos variables en un momento determinado. Es correlacional ya que se busca determinar el grado de relación que existe entre el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado.

3.4 Lugar de ejecución de la investigación

El estudio se realizó en la zona urbana del distrito de Pachacámac, a la población adulta mayor registrada por el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández ubicado en Jr. Convento Nro. 345 - Pachacámac – Lima.

El distrito de Pachacámac se encuentra Ubicado en el valle costero formado por el río Lurín y está a 30km de Lima. Según el censo del INEI 2007 cuenta con una población de 68 441 habitantes, equivalente al 0,9% respecto a la población de Lima Metropolitana. De los cuales hombres y mujeres conforman 50% cada uno respectivamente. Su geografía está compuesta por diversos ecosistemas como las quebradas desérticas y áridas, las lomas

costeras, el río Lurín, el valle y las zonas agrícolas y las playas e islas, las mismas que constituyen un espacio atractivo ante la demanda recreativa de Lima Metropolitana, tanto por su patrimonio arqueológico e histórico y sus atractivos turísticos, sumados a ello, la oferta gastronómica y otros servicios. Comprende 05 zonas: Pachacámac Histórico: Es el núcleo urbano, capital del distrito y el centro político-administrativo donde se concentra los servicios principales (Agua potable con abastecimiento domiciliario, sistema de desagüe, energía eléctrica en las casas, alumbrado público y teléfono). Es una zona turística y agrícola por tradición amenazada por el crecimiento de la metrópoli y los procesos de urbanización que pueden deteriorar irreversiblemente sus recursos naturales, históricos y paisajistas. Con deficiencias en cuanto a los servicios de salud y educación y con una sensación de inseguridad en aumento. El distrito se divide en cinco zonas: ocupando una extensión aproximada de 267.82 KM²; las cuales son: Zona 1: Pachacámac Histórico, Zona 2: Paul Poblet Lind, Zona 3: CPRs unidos – margen derecha., Zona 4: José Gálvez, Zona 5: CPRs Quebrada de Manchay. Se realizó el estudio en la Zona 1: Pachacámac Histórico, que cuenta con un total 1552 personas. Teniendo una población de 60 a más años de edad siendo un 4,8%(74,5); según INEI – Censo Nacional 2007.

3.5 Universo, selección, muestra y unidad de análisis

- Universo de estudio: Adultos mayores de la zona urbana del distrito de Pachacámac registrados por el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández y sus respectivos familiares.
- Población: La población estará conformada por 48 adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 entre las edades de 60 a 85 años

y 48 familiares cuidadores de la zona urbana del distrito de Pachacámac.
No se trabajó con muestra por ser número finito.

- Unidad de análisis: Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y su respectivo familiar cuidador.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión de los familiares cuidadores:

- Familiares de los adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado.
- Familiares que estén al cuidado continuo del paciente en el hogar.

Criterios de inclusión de los pacientes adultos mayores:

- Pacientes adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes Adultos Mayores diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 2.
- Pacientes Adultos Mayores que comprendan entre los 60 y 85 años de edad.

Criterios de exclusión de los familiares cuidadores:

- Familiares que no tengan la mayoría de edad, y /o presente alteración en cuanto a su déficit cognitivo.

Criterios de exclusión para lospacientes adultos mayores:

- Pacientes Adultos Mayores con alguna enfermedad médica severa que afecte su cognición.
- Pacientes Adultos mayores con severas complicaciones en su salud.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica para ambos cuestionarios fue la encuesta. Se utilizó dos instrumentos: Un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 dicho instrumento fue elaborado por Valadez ¹⁷ y adaptado por las autoras en relación a la realidad peruana ya que dicho instrumento fue hecho en México. Se considera preguntas de alternativas incorporadas en dos dimensiones apoyo informacional y apoyo instrumental y el otro instrumento sirvió para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo 2 este test elaborado por Fernández adaptada por las autoras, consta de 27 ítems el cual se dividen en cinco partes este es un cuestionario que cuenta con tres respuestas de tipo Likert.

Estos instrumentos fueron sometidos a la validez de contenido, de diez profesionales especialistas en el área (enfermeras, médicos, docentes especialistas) que contribuyeron con sus conocimientos al perfeccionamiento del instrumento.

Así mismo se tuvo en cuenta las sugerencias respectivas reformulándose algunos ítems del mismo; siendo justificados sus contenidos. La prueba que se utilizó para evaluar los resultados de los jueces de expertos fue la binomial. Considerándose como significativa la concordancia entre los expertos obteniéndose para el resultado para el instrumento de apoyo familiar $P: 0,4982$ y para prácticas de autocuidado: $0,04642$. Así mismo, se efectuó la prueba estadística Kuder Richardson para comprobar su confiabilidad del Test de Apoyo Familiar y Alfa de Crombach para el Test de Prácticas de Autocuidado.

3.8 Procedimiento para recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo previa autorización de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, posteriormente se solicitó a través de una carta el permiso a las autoridades del Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández quienes tienen registrados a la mayoría de los Adultos Mayores que padecen de diabetes mellitus tipo 2 para la realización del trabajo de investigación. Luego se realizó las visitas domiciliarias explicando anticipadamente el trabajo de investigación obteniendo el consentimiento informado del familiar cuidador. Se le dio a conocer a cada familiar y adulto mayor los objetivos del estudio, y se les informo que se mantendrá en absoluto anonimato durante todo el estudio. Las encuestas duraron 30 minutos aproximadamente donde cada una de las investigadoras realizábamos las encuestas tanto al cuidador y al adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Al finalizar las encuestas aclarábamos dudas acerca de los ítems que desconocían o dudaban. Si en caso los encuestados se hallaban ausentes coordinábamos una nueva visita domiciliaria para otro día.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación tiene la aprobación del comité de ética a cargo del Sr. Doctor Manuel Huamán Guerrero, Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. También se cumplió con los principios básicos de ética, pues se tomó en cuenta la dignidad humana con el derecho del conocimiento estricto de la información, el de beneficencia en el cual se le dio garantía de que no habría ningún daño, ni explotación a los sujetos en estudio y la justicia en el cual se consideró la privacidad y el trato justo de los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y sus familiares.

3.10 Análisis de datos

En el estudio se utilizaron tablas y gráficos con la finalidad de representar visualmente los datos recolectados en las encuestas.

Para determinar los niveles de Apoyo Familiar: Adecuado, Inadecuado se establecieron de acuerdo a la medida de posicionamiento de la mediana, donde los valores mayores o iguales a los resultados de la mediana se catalogaron como adecuados y los valores menores como Inadecuados.

Los niveles de Prácticas de Autocuidado: buena, regular, deficiente se establecieron de acuerdo a la escala de Estaninos, escala que permite establecer valores finales de tres categorías en base a la fórmula aplicada con la mediana y la desviación estándar, mediante la cual se obtienen los puntos A y B que son las fronteras que dividen a la distribución en tres áreas.

El procesamiento estadístico para establecer el análisis bivariado y determinar la asociación de las variables se realizó aplicando la prueba de chi cuadrado, a través del paquete estadístico SPSS V 20, pero además se aplicó el coeficiente de ajuste de Fisher, pues las frecuencias observadas en la tabla de contingencia eran menores de cinco unidades. Finalmente los datos, clasificaciones según escala así como resultados fueron exportados al Excel 2010 para su mejor visualización.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

En el presente estudio Apoyo familiar y Prácticas de Autocuidado en el adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 realizado en la zona urbana del Distrito de Pachacámac entre el mes de julio – septiembre del 2013 donde se encontró los siguientes resultados:

Tabla 1

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL
ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA
URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC**

		Frecuencia	%
Edad	menos de 40	18	37,5%
	de 41 a 60	8	16,7%
	61 a mas	22	45,8%
Sexo	Masculino	14	29,2%
	Femenino	34	70,8%
Grado de Instrucción	Analfabeto/a	2	4,2%
	Primaria	11	22,9%
	Secundaria	15	31,3%
	Superior técnico	11	22,9%
	Superior universitaria	9	18,8%
Parentesco	esposa/o	21	43,8%
	hija/o	24	50,0%
	otro	3	6,3%

De los 48 familiares cuidadores, 22 (45,8%) tienen más de 60 años de edad, 34 (70,8%) son de sexo femenino, 15 (31,3%) tienen grado de instrucción secundaria y 24 (50%) de los parientes son hijos o hijas.

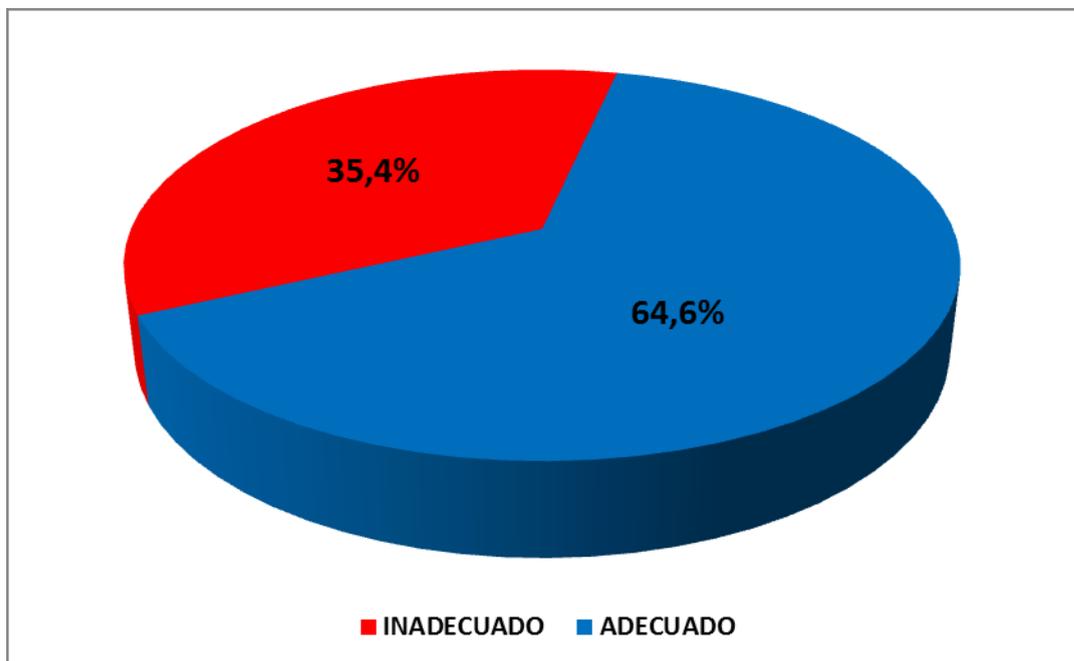
Tabla 2

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE
PACHACÁMAC**

		Frecuencia	%
Edad	de 60 a 69	29	60,4%
	de 70 a 79	12	25,0%
	de 80 a mas	7	14,6%
Sexo	Masculino	19	39,6%
	Femenino	29	60,4%
Grado de Instrucción	Primaria	23	47,9%
	Secundaria	15	31,3%
	Técnica	6	12,5%
	Universidad	4	8,3%

De los 48 adultos mayores, 29 (60,4%) tienen entre 60 a 69 años, 29 (60,4%) son de sexo femenino y 23 (47,9%) tienen grado de instrucción primaria.

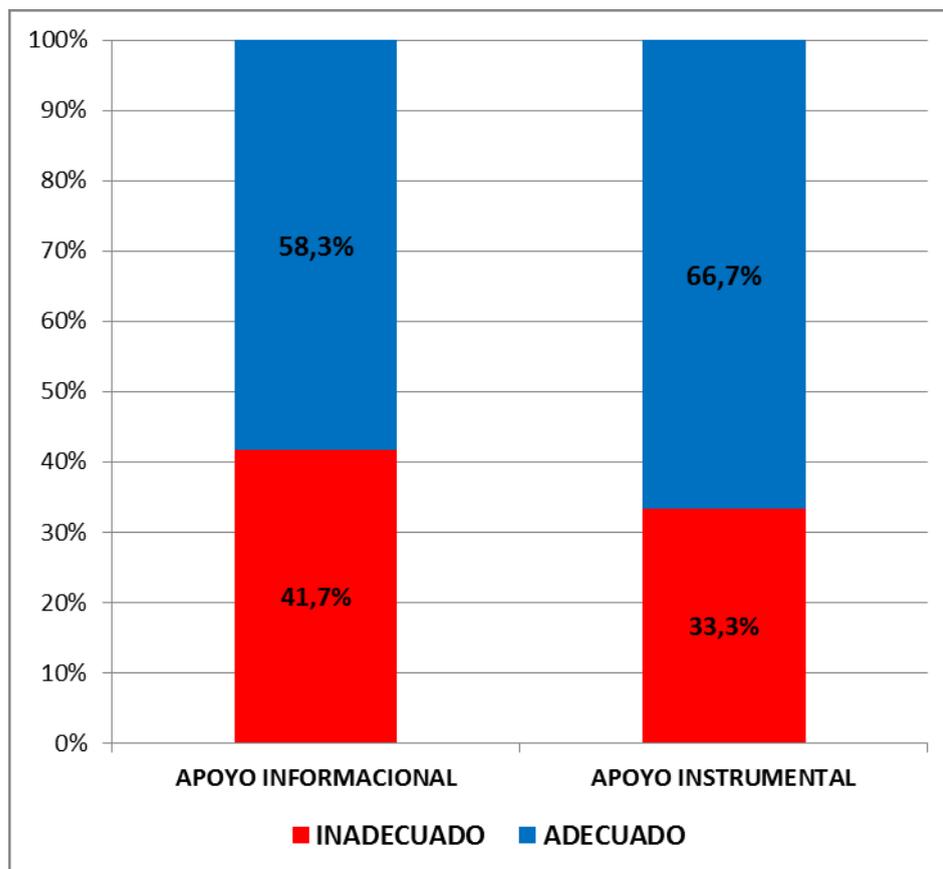
GRÁFICO 1
APOYO FAMILIAR, DEL ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO
DE PACHACÁMAC



El Apoyo Familiar es adecuado en el 64,6% (31) e inadecuado 35,4% (17).

GRÁFICO 2

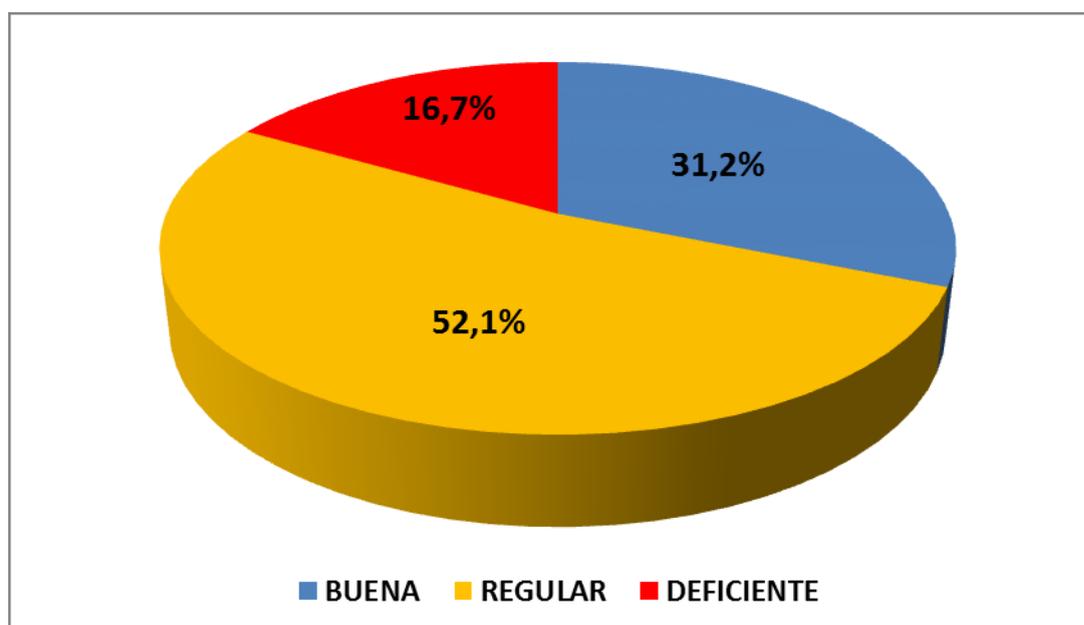
APOYO FAMILIAR SEGÚN DIMENSIONES DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC



Según dimensiones, de Apoyo Familiar, se determinó que el apoyo informativo fue de 58,3% (28) y apoyo instrumental fue de 66,7% (32) siendo adecuados.

GRÁFICO 3

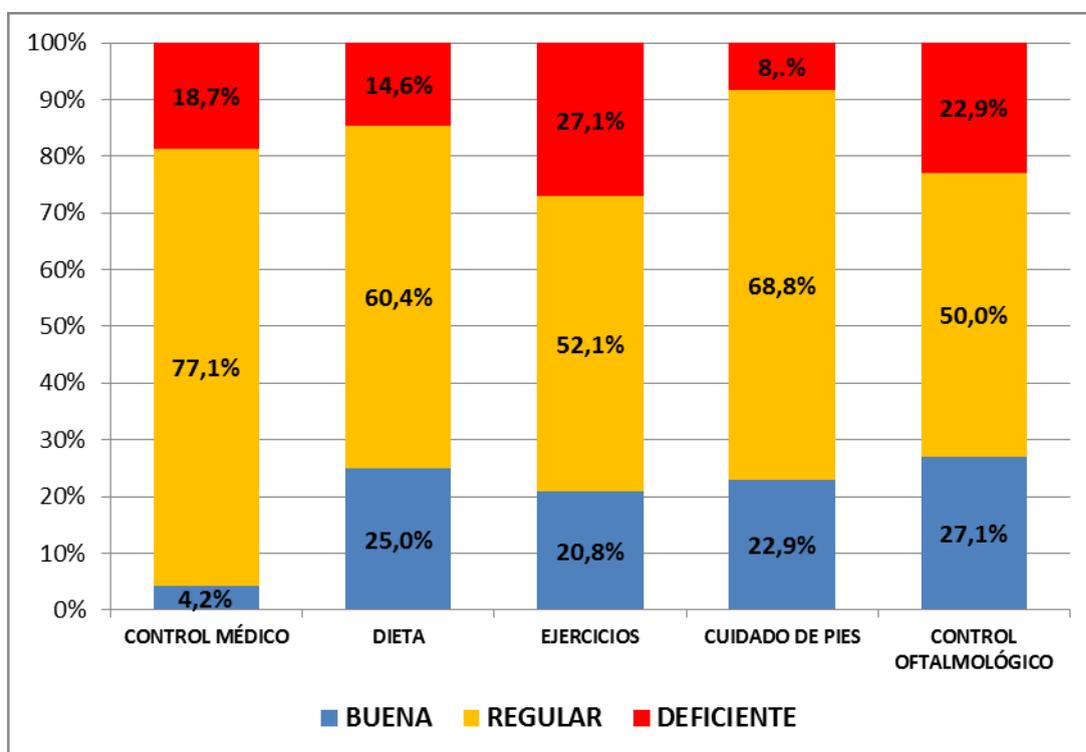
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC



Se determinó que las Prácticas de Autocuidado del adulto mayor son regulares en 52,1% (25), buenas 31,2% (15) y deficientes 16,7% (8).

GRÁFICO 4

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO, SEGÚN DIMENSIONES DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE PACHACÁMAC



Según dimensiones en Prácticas de Autocuidado son regulares respecto a: control médico 77,1% (37), dieta 60,4% (29), ejercicios 52,1% (25), cuidado de pies 68,8% (33) y control oftalmológico 50% (24).

TABLA 3

**APOYO FAMILIAR ASOCIADO A LAS PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA, DISTRITO DE
PACHACÁMAC**

APOYO FAMILIAR	PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO						TOTAL	
	Buena		Regular		Deficiente		N	%
	N	%			N	%	N	%
Adecuado	9	18,8	17	35,4	5	10,4	31	64,6
Inadecuado	6	12,4	8	16,7	3	6,3	17	35,4
TOTAL	15	31,2	25	52,1	8	16,7	48	100

chi² = 0,281 p= 0,8691 gl=2 Fisher= 1,329

Dado que el valor del **chi² es 0,281** y este es menor que el valor crítico para un nivel de significancia de 0,05 = 5,99 para gl= 2 con intervalo de confianza del 95%, por tanto esto conduce a afirmar que las variables son independientes entre sí según con un **p= 0,8691** a un nivel de significancia de 0,05 $p > 0,05$.

4.2 Discusión

Este estudio fue perfilado para determinar la relación entre apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, considerando que en el autocuidado influyen muchos factores que intervienen en el buen control de la enfermedad entre ellos el apoyo familiar.

Así pues se identificó al familiar cuidador del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 donde 45,8% es mayor de 61 años y 37,5% menor de 40 años predominando el sexo femenino en 70,8% además el 31,3% presenta grado de instrucción de nivel secundario. En relación al parentesco con el adulto mayor tenemos en un 50% a la hija/o, seguido de la esposa/o 43,8%.

Se aproxima a lo investigado por Hajar ⁶ donde identificó al familiar cuidador con 72% de sexo femenino, en cuanto a la edad 44% comprenden entre 31 – 45 años y 34,6% entre 18 – 30 años; 54,6 % tienen un grado de instrucción de nivel secundaria. En relación al parentesco con el paciente tenemos que 42,6% son hijos(as).

La mujer es quien ejerce la actividad invisible y exigente dentro del sistema del cuidado de la salud. Su importancia radica en el aumento de la demanda del cuidado solicitado, teniendo en cuenta el cambio demográfico: aumento de la longevidad y la expectativa de vida; adicionando a ello el cambio de la familia monoparental, donde es la mujer en muchas oportunidades jefe de hogar siendo no sólo la responsable del cuidado de la salud de la familia sino asumiendo el costo que éste genera. ²⁸

En el estudio predominó como familiar cuidador la hija seguido por mínima diferencia la esposa/o, siendo el género femenino quien aventaja ante el masculino. Al haberse hallado como familiar cuidador a la hija/o se puede deducir que los hijos asumen responsabilidades del cuidado de los adultos mayores considerando también que muchos hijos viven en la casa paterna o cerca de las viviendas de sus padres unas de las características del distrito de Pachacámac se puede destacar que los pobladores se conocen y en su mayoría son familiares cercanos y por otro lado la proximidad entre las viviendas. Y si consideramos a la esposa del adulto mayor ella cuida de su pareja y está próxima a asistir a su familiar brindando apoyo informacional e instrumental. En cuanto al grado de instrucción se identificó que supera el nivel secundario donde la persona ha adquirido los saberes básicos para poder desempeñarse en el cuidado.

En relación al Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 se encontró que el 60,4% fluctúa entre 60 a 69 años donde predomina el sexo femenino 60,4 % asimismo se halló un 47,9% que cuenta con grado de instrucción de nivel primaria. Datos similares se encontró en los siguientes estudios con respecto a la prevalencia del género femenino, Azzollini et al. ⁸ obtuvo 57 % de pacientes con diabetes mellitus eran mujeres; Compeán et al. ¹¹ halló 74,5% de los participantes fueron mujeres y Herrera et al ⁷ sexo femenino 68,4 %.

Se realizó el estudio en la Zona 1: Pachacámac Histórico también llamado Zona Urbana, que cuenta con un total 1552 personas. Teniendo una población de 60 a más años de edad siendo un 4,8%(74,5); según INEI – Censo Nacional 2007.²⁹

En cuanto al Apoyo Familiar se encontró que el 64,6% son adecuadas e inadecuadas 35,4%. A si mismo Goicochea R y Lavado K ¹⁴ en su estudio hallaron que en el adulto mayor diabético del programa MAIS adulto del hospital III EsSalud cuenta con un nivel de apoyo social bueno 66,6%. Según Azzollini et al. ⁸ encontró en cuanto al apoyo familiar, que el 74,8% expresó que su familia los apoya siempre, el 18,4% sentía que esto sucedía solo a veces, y el 6,8% considero que nunca era apoyado. Por otro lado Cho ¹² refiere que la familia ayuda al paciente cuando lo ve en crisis pero no participa del cuidado para prevenir complicaciones sino hasta que lo ve delicado de salud y dependiente.

El apoyo familiar es considerado la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal.¹⁹

Podemos inferir que el apoyo familiar favorece a conllevar mejor la enfermedad y las medidas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ya que ellos comparten con sus familiares la vida cotidiana, que implica los diversos estilos de vida.

Según las dimensiones de apoyo familiar se determinó que el apoyo informacional 58,3%. A diferencia del estudio de Hajar ⁶ encontró que gran

cantidad de familiares presentan un nivel de conocimientos bajo 38,7%. Para Valadez ¹⁷, el apoyo informacional, proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas.

Podemos inferir que para tener un buen apoyo informacional los familiares deben de buscar información, consejo o guía que le ayude a resolver sus dudas, es decir deben de interesarse en saber sobre la enfermedad para poder brindar un buen cuidado.

Apoyo instrumental 66,7% es adecuado siendo mayor que el informacional. Datos similares encontró Azzollini et al. ⁸ sobre el apoyo familiar, donde solo más de la cuarta parte dijo sentir que sus familiares se fastidiaban por su dieta o los cuidados requeridos.

Según Valadez¹⁷ el apoyo instrumental es la provisión real de servicios el cual es ofrecido. Considera también que el apoyo informacional e instrumental pueden considerarse como apoyo emocional.

En cuanto al apoyo familiar se puede deducir que los familiares cuidadores ofrecen servicios directos a los pacientes que padecen de diabetes mellitus tipo 2 como colaborando en la preparación de la dieta del paciente, acompañando a las consultas médicas y brindando ayuda en algunas económicas o proporcionando calzado adecuado para mejor cuidado en la salud.

En cuanto a la variable prácticas de autocuidado, nuestro estudio señaló como resultado que el 52,1% son regulares, lo que se podría interpretar como

un autocuidado medio o regular. Lo que no difiere con las investigaciones encontradas que también afirman lo antes mencionado. Según Baquedano ⁹ obtuvo como resultados que 66,5% capacidad regular.

Otro estudio de Herrera et al. ⁷ difieren en cuanto a lo encontrado, muestra que el 73,8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena. Otro estudio de Compeán et al ¹¹ encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.

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

Se infiere que los resultados mostrados podrían variar de acuerdo a cada situación de la población, influyendo sus datos sociodemográficos como edad, sexo y nivel de educación. Con respecto a la edad los roles que cada persona tiene, puede conllevar a una sobrecarga de actividades descuidándose de su cuidado, lo mismo que con el factor sexo, ya que se ve que en el caso del sexo femenino son más amplias las responsabilidades hacia su familia, y se descuida de su autocuidado.

Según dimensiones en cuanto al control médico resultó 77,1%. Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso. Cada seis meses o un año, según protocolo y organización del centro, con solicitud de pruebas de analítica o ECG o solicitud de fondo de ojo.

Podemos deducir que el control médico se ve mejor con respecto a otras dimensiones porque la mayoría una vez al año acude al médico, y refiere que cumple con las indicaciones médicas. Si bien es cierto el distrito no tiene lugar especializado, pero cuentan con consultorio médico general y laboratorio para la realización de los exámenes respectivos, siendo asequible a la economía de los pobladores.

Con respecto a la dieta resultó 60,4% dando un nivel regular. Según Herrera et al.⁷ respecto a la alimentación el 46,2 % se alimenta de la mejor manera para conservar su peso y el 48,9 % ha cambiado hábitos arraigados para conservar su salud.

El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica, actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen. Se podría inferir que estos resultados se

modificarían por los diferentes hábitos socioculturales, ya que se observó que algunos pacientes cumplen con el régimen alimenticio ya sea por conocimiento propio y la ayuda de los familiares. También se encontró que otros no cumplen con la dieta, consumiendo carbohidratos y dulces esporádicamente.

Con respecto a la dimensión de ejercicios resultó 52,1% cuenta con un autocuidado regular difiere con los resultados de Paucar ¹⁰ quien halló que el 54% de quienes participaron en este programa tuvieron un nivel de actividad física elevado, y un 46% de las personas que participaron tuvieron un nivel moderado de actividad física; todo esto antes de comenzar las prácticas de actividad física.

La Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. Debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina.

Se deduce que si bien los adultos mayores conocen la importancia de los ejercicios pero el factor tiempo ya sea porque realizan otras actividades como el trabajo tanto en el hogar o fuera, descuidan esta actividad también en otros casos se halló que por presentar dolencias osteomusculares propios de la edad, impide la realización de los ejercicios.

Así mismo en cuanto al el cuidado de los pies resultó 68,8% dando un nivel regular. Asemejándose con lo referido por Cabera et al. ⁵ Respecto al

cuidado de los pies, se evidenció que un 61,7% conoce sobre la importancia de revisarse los pies. Dicho control es fundamental para evitar la amputación.

En la etiopatogenia del pie diabético intervienen varios factores: poli neuropatía, enfermedad vascular periférica y déficits inmunológicos. La poli neuropatía está implicada en el 80% de las úlceras. El déficit sensorial hace que el pie sea insensible ante estímulos dolorosos y propensos a lesionarse. La afectación autonómica provoca una pérdida de sudoración, volviendo los pies más secos y con tendencia a la hiperqueratosis. La neuropatía motora provoca atrofia muscular y adelgazamiento de la almohadilla grasa que está bajo los metatarsianos.

Se producen deformidades de los dedos y de los pies, provocando zonas de alta presión donde inicialmente se origina hiperqueratosis, y si los factores locales siguen incidiendo, terminará por aparecer una úlcera. Las úlceras neuropáticas tienen una localización predominante plantar, pudiendo llegar a una amputación.

Según nuestro estudio se evidencio un control y prevención regular del pie diabético. Se percibió que algunos asistían al podólogo en el consultorio médico Padre Rogelio García Fernández y otros pedían ayuda a sus familiares. Pero no realizaban otras medidas preventivas como el uso adecuado de zapatos y medias, o revisión periódica de los pies, significa que la familia desconoce la importancia de apoyar al paciente diabético y realizar los cuidados especiales para evitar complicaciones del pie diabético y el impacto económico y emocional que este conlleve el tratamiento medicamentoso, cuidado directo y peor aún una amputación.

Con respecto al control oftalmológico resulto un nivel regular con 50%. Según Cabrera et al.⁵ encontró en el cuidado de la vista, que respecto a las medidas para evitar la ceguera un 51,4 % no las conoce. Esto evidencia la importancia de la educación en esta área. Se sabe que con el tiempo la diabetes descontrolada lleva a complicaciones importantes como problemas visuales (catarata, alteraciones de la retina y ceguera). Para evitarlas debe seguirse adecuadas medidas preventivas como: realizar el examen de fondo de ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, además de mantener la glucosa y colesterol en sangre dentro de los valores normales, ya que así se contribuye a la disminución de complicaciones diabéticas.

Se podría deducir el incumplimiento en el control oftalmológico ya que la zona de Pachacámac no cuenta con centros especializados en cuanto al diagnóstico de enfermedades oculares también podría influir la distancia de la zona a dichos centros y otro factor significativo sería la falta de conciencia de la importancia del cuidado de los ojos ya que también manifestaron que “aún veían bien”, lo que evidencia que solo se preocupan cuando ya está afectada la visión.

Así mismo no se encontró relación entre el apoyo familiar y prácticas de autocuidado es decir estas variables son independientes entre sí. Según los resultados obtenidos en el estudio se observa que el apoyo familiar resultó adecuado y prácticas de autocuidado regulares. Estos resultados difieren en cuanto lo encontrado por Goicochea¹⁴ quien halló una estadística altamente significativa entre el apoyo social y el nivel de autocuidado.

Observando ambos estudios se podría deducir que existen diversos factores. Como la edad ya que en la investigación se halló que el mayor porcentaje está dado entre 60 a 69 años de edad, si bien es cierto los pacientes son de edad avanzada pero todavía conservan sus facultades cognitivas y físicas, y esto los hace más independientes en las decisiones para su autocuidado más allá que puedan recibir un adecuado apoyo familiar pero ellos toman sus decisiones a veces no tan adecuadas para su salud,. En estas edades también se halló que algunos se encuentra laborando o asumen roles en el hogar, por consiguiente estos pacientes están cargados de actividades por lo cual no toman conciencia de su enfermedad, consecuencias y descuidan su autocuidado.

Otro factor que se aprecia sería el sexo como las del sexo femenino que asumen las actividades en el hogar, siendo la jefa del hogar se dedica a cuidar y a satisfacer sus necesidades de su familia y descuida su propio autocuidado.

Otro factor importante que encontramos en el estudio de Goicochea que se realizó en el programa del MAIS – ADULTO del hospital III EsSalud Chimbote, y el presente estudio se ejecutó en una zona urbana del distrito de Pachacámac, donde no se encontró un programa destinados a los pacientes con diabetes mellitus. El pertenecer a un programa de apoyo permite tener un contacto más directo con el paciente y familia, brindando una atención integral, informándolo de todo lo concerniente a su enfermedad, así también se logra enseñar a mantener una actitud optimista frente a ella y reconocer los signos, síntomas y complicaciones agudas y saber qué medidas tomar. Podríamos suponer que a mayor edad mayor requerimiento del apoyo familiar. Sabemos

que en la medida que la persona se centra en estadios avanzados del ciclo vital, tiende a cambiar el tipo de apoyo que recibe. Es mucho más frecuente que el adulto mayor se le incremente la ayuda práctica, instrumental según se pierde la funcionalidad, la susceptibilidad es mayor, aumentando la posibilidad de discapacidad y dependencia.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. En el estudio se observó predominio del sexo femenino en el familiar cuidador 70,8 % y del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 siendo 60,4%.
2. Se identificó a la hija como familiar cuidador con 50%.
3. El apoyo familiar resultó adecuado con 64,6 %; predominando el apoyo instrumental con 66,7%.
4. Las prácticas de autocuidado resultaron ser regulares con 52,1% .Y según dimensiones son regulares respecto a control médico 77,1%, dieta 60,4%, ejercicios 52,1%, cuidado de los pies 68,8% y control oftalmológico 50%.
5. Se concluyó que el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí.

5.2 Recomendaciones

Para la investigación:

1. Realizar investigaciones de similar aplicación con diferente enfoque, metodología y variando instrumentos, para consolidar los datos de este estudio.
2. Realizar otras investigaciones en pacientes que estén participando en grupos de apoyo o club de diabéticos, para evaluar si el factor educativo, promocional contribuye en las prácticas de autocuidado.

Para el lugar de estudio:

1. Coordinar con el Centro Médico Parroquial en la ejecución de programas educativo – promocionales multidisciplinario que implique tanto a los pacientes conjuntamente con los familiares.

2. Incentivar la formación de grupos de apoyo o club de Diabéticos. Para afianzar los conocimientos de la enfermedad y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

Para Enfermería:

1. Coordinar con instituciones de salud para el planteamiento de un programa educativo – promocional de diabetes mellitus dirigido a los pacientes y familiares

2. Incentivar a enfermería a participar dentro del equipo multidisciplinario, para fortalecer el apoyo cubriendo así las diferentes dimensiones de la persona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet].España.[septiembre 2011;consultado 10 de mayo del 2012] Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
2. Amador M, Márquez F, Sabido A. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Redaly, 2007; (9), 2:99-10. México. [Consultado 20 abril del 2012] Disponible en : www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf
3. Vaiz R. Enfermería profesional en la prevención y control de la diabetes mellitus, en el primer nivel de atención, área metropolitana de Nuevo León [Tesis de Maestría] Nuevo León /México: Universidad Autónoma de Nuevo León ,1991. [Consultado 18 de marzo del 2012].Disponible en: cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020072134.pdf
4. Ministerio de salud del Perú. Diabetes Mellitus en el Perú Ministerio de salud oficina de estadística e informática. [Consulta do 8 de mayo del 2012] [Página web de internet]Disponible en:www.minsa.gob.pe/portal/03EstrategiasNacionales/06ESNNoTransmisibles/esnentdbts.asp-46k
5. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha 2009. Rev. enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36 [consultado 12 de junio del 2012].Disponible en:

es.scribd.com/doc/95319691/diabetes-cuidado-Chincha.

6. Hajar A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC.[tesis de licenciatura].Lima/Perú: Universidad Nacional San Marcos ;2008[consultado 10 junio][página web de internet]Disponible en: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/hajar_ra/pdf/hajar_ra.pdf
7. Herrera A, Andrade H, Hernández Manrique M, Faria C, Machado M. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Rev. av. Enferm. XXX .2012, vol.30, n.2, pp 39-46.Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
8. Azzollini C, Bail P, Vera , Vidal , Victoria A. Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. Anu. Investig 2011[citado 2013-08-24], vol. 18 323-330. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a35.pdf>
9. Romero B, Santos M, Martins T, Zanetti M. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México, Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010,18(6),[9 pantallas].[consultado 25 de abril 2012]. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
10. Paucar A. Incidencia de la Actividad Física en el control de la diabetes tipo 2, en los diabéticos de la asociación de Diabéticos del sur de Quito (ADSUR),2010.Ed. Sangolqui [tesis de licenciatura]Escuela politécnica del ejército. Disponible en: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/1022/1/T-ESPE-027430.pdf>

11. Compeán I, Gallegos E, González J, Gómez M. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes mellitus tipo 2.2010.Rev. Latino –Am. Enfermagem Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_03.pdf
12. Cho A. Apoyo familiar en la prevención del pie diabético. [Tesis de Licenciatura en enfermería]. Guatemala: Universidad Mariano Gálvez de Guatemala; 2008.[consultado 15 de mayo del 2012].Disponible en : <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/45867.pdf>
13. Oyola K. Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H 1 de Febrero – Nuevo Chimbote, 2010.Disponible en: <http://increscendo.uladech.edu.pe/es/ediciones/ediciones-anauales/descargar-revista/finish/3-revista-increscendo/7-revista-increscendo-vol-1-n-2-julio-diciembre-2010>.
14. Goicochea R, Lavado K. Apoyo social y Autocuidado en el paciente adulto mayor Diabético. Chimbote. [Tesis de licenciatura]: Universidad los Ángeles de Chimbote.2009 [Consultado el 13 de mayo del 2012]
15. Montes V.Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos-conceptuales.2003.[consultado el 3de junio del 2012].Disponible en: www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf
16. Gonzales V, García M , Ramírez F. Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. Rev. Enf. Inst. Mexicano Seguro Social,

2009,[consultado 20 abril 2012]. Disponible en
http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_enfermeria_instituto_mexicano_seguro_social/Calidad%20de%20vida.pdf

17. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud ,2003.Mexico [consultado 15 de abril del 2012] Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14250305>
> ISSN 1405-7980
18. Quintero L. Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2.2004.Mexico [consultado 12 diciembre del 2012] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.PDF>
19. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2 .2008 [Consultado el 12 de octubre del 2012.]España. Disponible en:
http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439_content.pdf
20. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2005.
21. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 2008 ED. Victoria Gasteiz- España.

Pag. 117- 119. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

22. Marriner T, Raile A .Modelos y teorías en enfermería .4ta. Mosby. España. 1999. Unidad tres Capitulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178.
23. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla.[base de internet] 2006; [consultado el 10 de agosto del 2012] Disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=YmsrTfafbrQC&pg=PA264&dq=teoria+de+Orem&hl=es&sa=X&ei=yCFXUuSOIiWi4APXp4DoDQ&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=teoria%20de%20Orem&f=false>
24. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006 – 2010.[consultado 22 de agosto del 2013] Disponible en :
http://www.grupovigencia.org/docs/marco_legal/plan_nac_pam_2006_2010.pdf
25. Brunner L; Suddarth D. Enfermería Médico - Quirúrgico. México: Interamericana S.A: 10ª; 2004.
26. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Guanajuato/México, 2008. Disponible en:
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i4ZLe1hykHUJ:www.paho.org/mex/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid%3D+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

27. Bravo J. Pie Diabético .Rev. Espec. en la nutrición Clín. del anciano, [serie de internet]. Julio 2011;[2]: (9-19).Disponible en: http://www.freseniuskabi.es/nutricionenteral/pdf/infogeriatría/Infogeriatría_02.pdf
28. Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la Mujer. Rev. Cienc. Enferm. [Serie de internet]. 2010 agosto; (16): (9 – 16).Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532010000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532010000200002>.
29. Municipalidad Distrital de Pachacámac. Rehabilitación Integral del Servicio de Recreación y cultura que comprende Parque Quiñones, Pque. Héroes del Cenepa y la Antigua estación de tren Lurín – Callao – Zona 1 cercado – Distrito de Pachacámac.2011. Disponible en: http://ofi.mef.gob.pe/appFD/Hoja/VisorDocs.aspx?file_name=3332_OPIMDP_ACH_2011920_154844.pdf

ANEXOS

ANEXO: A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE APOYO FAMILIAR

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Ítems
APOYO FAMILIAR	Son las relaciones personales que se establecen en el interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas.	Apoyo informacional	Es la información que los familiares buscan y poseen acerca de las medidas de control y complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, para la mejor provisión de apoyo al adulto mayor	Información de medidas de control de la diabetes mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualiza enfermedad • Detecta signos y síntomas • Niveles normales de glucosa en sangre en ayunas • Control de glucosa • Cuidados en el hogar • Control de alimentos • Ejercicios • Tomar medicamentos • Administrar insulina • Dosis de medicamentos que toma • Control de pies • Corte de uña • Tipo de calzado
		Apoyo instrumental	Es la provisión real de servicios donde la familia emite conductas y ayuda material a adultos mayores con diabetes tipo 2	Información de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemia • Pie diabético • Complicaciones oculares
				Conducta de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación de los alimentos • Descontrol de alimentos

					<ul style="list-style-type: none">• Acompañar a los controles médicos• Conversar con el médico sobre la enfermedad e indicaciones• Ayuda al paciente a entender las indicaciones médicas• Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar medicamentos• Reacción ante suspensión de medicamento
				Ayuda material	<ul style="list-style-type: none">• Económico• Calzado adecuado• Alimentos adecuados

ANEXO: B

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	ítems
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.	El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo .Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar	Control Médico	Son las actividades o acciones que realiza el adulto mayor, siguiendo la prescripción médica, continuando su tratamiento en casa y controlando el consumo de su tratamiento.	Periodicidad Control y Cumplimiento de las indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo menos acude al médico una vez al año. • Cumplimiento del control de la glucosa • Cumple con las indicaciones farmacológicas • Acude al médico ante algún cambio o dolencia. • Cumple con las pruebas de función renal que le indica el médico. • Indicaciones médicas
		Dieta	Es el régimen alimenticio que lleva el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), indicado por el nutricionista o médico tratante y que es seguido por el adulto mayor con DM2.	Tipo de dieta Periodicidad	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta • Consume frutas y verduras • Consumo de agua • Horarios • Control peso

		<p>Ejercicios</p> <p>Es el patrón de prácticas físicas que realiza el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2.</p>	<p>Horarios y tiempo de ejercicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de ejercicios • Horario de ejercicios <p>Tipo de ejercicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evita ejercicios intenso en ayuno o niveles bajos de glucosa
		<p>Cuidados de los pies</p> <p>Son las acciones encaminadas a evitar heridas y complicaciones en los pies del adulto mayor con diabetes tipo 2.</p>	<p>Tipo de zapato y medias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usa zapatos cómodos y que proteja el pie. • Uso de medias de algodón y que no sean ajustadas <p>Revisión periódica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisa sus pies diariamente • Asiste al podólogo <p>Medidas Preventivas Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evita el uso de sandalias • Utiliza cremas hidratantes • Secado de pies y corte de uñas de forma rectas.
		<p>Control Oftalmológico</p> <p>Es la revisión por el médico oftalmólogo para evitar complicaciones en la vista en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo2.</p>	<p>Periodicidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acude al oftalmólogo una vez al año <p>Medidas de control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene problemas con la visión • Usa lentes • Mira la televisión por lo menos dos metros

ANEXO: C



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



FORMULARIO TIPO CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL APOYO FAMILIAR AL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Presentación:

Buenos días, somos estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, estamos realizando un trabajo de investigación titulado “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2”. Su colaboración es voluntaria, anónima y las respuestas serán tratadas de forma confidencial y servirá de referencia para valorar el apoyo que brindan a sus familiares que padecen de diabetes mellitus.

I Datos generales del Familiar Cuidador

- Edad _____
- Sexo: Marcar con X

Masculino () Femenino ()

- Grado de instrucción del familiar cuidador:

Analfabeto () Primaria: () Secundaria: ()

Superior técnico () Superior universitario ()

- Grado de parentesco del familiar cuidador

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

Instrucciones

Lea cuidadosamente y marque con "X" la respuesta que consideres válida.

II Apoyo informacional

1. La diabetes Mellitus es una:
 - a. Enfermedad, caracterizada por un incremento en el nivel de azúcar en la sangre.
 - b. Infección, caracterizada por un aumento de la temperatura.
 - c. Enfermedad caracterizada por acumulación de grasa en la sangre.
 - d. Enfermedad causada por una bacteria o virus.

2. Los principales signos y síntomas son:
 - a. Sed, sudoración, fiebre.
 - b. Hambre, fiebre, tos
 - c. Sed, hambre, necesidad frecuente de orinar
 - d. Vómitos, Mareos y Sed.

3. Los niveles normales de glucosa en sangre en ayunas son:
 - a. 40 – 80 mg/dl.
 - b. 70 _ 120 mg /dl
 - c. 110-180 mg/dl
 - d. Mayor de 150 mg/dl

4. El paciente diabético debe controlarse la glucosa en sangre:
 - a. Todos los días
 - b. Una vez a la semana
 - c. Una vez al mes
 - d. Cada medio año.

5. Cuidados que se debe tener con el familiar diabético es :
 - a. El Cuidado de los ojos, ejercicios, medicación.
 - b. En los alimentos, ejercicios, medicación y cuidado de los pies.
 - c. En el sueño, medicación, cuidado de los oídos.
 - d. Disminución de comidas y restricción de líquidos.

6. Se debe controlar la alimentación del paciente diabético
 - a. En cada comida.
 - b. Todos los días
 - c. De vez en cuando
 - d. Solo cuando es necesario

7. ¿Conoce usted cuales son los alimentos permitidos en la alimentación de su familiar diabético?
 - a. Sí, bajo en harinas, grasas, azúcar, sal y rica en fibras como verduras
 - b. Si, solamente bajo en azúcar y normal en harina
 - c. Si, bajo de sal y alto en harinas
 - d. No conozco los alimentos permitidos

8. El ejercicio físico en el paciente diabético debe ser:
 - a. Planeado de acuerdo al paciente, estructurado y repetitivo
 - b. Fuerte intensidad, todos los días
 - c. Baja intensidad, raras veces
 - d. No se debe hacer ejercicios

9. ¿Cuánto tiempo como promedio debe durar los ejercicios?
- a. 30 minutos
 - b. 1 a 2 horas
 - c. Depende del tiempo que rinda
 - d. No debe realizar ejercicios
10. Para mantener el control de la diabetes, el paciente diabético debe tomar sus medicamentos:
- a. Todos los días
 - b. Una vez a la semana
 - c. Una vez al mes
 - d. Nunca
11. La insulina se debe administrar :
- a. Todos los días
 - b. Una vez a la semana
 - c. Nunca
 - d. Solo cuando es necesario
12. Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar
- a. Si, nombre y dosis
 - b. Solo nombre de medicamento
 - c. Solo dosis de medicamento
 - d. No, conozco ni nombre ni dosis

13. El cuidado de los pies del paciente diabético es importante porque:

- a. Mantiene limpio los pies
- b. Previene la aparición de lesiones
- c. Permite tener las uñas estéticamente
- d. Impide la aparición de callos.

14. Se debe evaluar el estado de los pies

- a. Todos los días
- b. Una vez a la semana
- c. Sólo cuando es necesario
- d. Nunca

15. ¿Cómo se debe cortar las uñas?

- a. En forma recta y limar los bordes
- b. En forma curva o redonda
- c. Dejar las uñas largas
- d. Al gusto del paciente

16. El tipo de calzado debe ser:

- a. Abierto
- b. Cerrado, tamaño adecuado
- c. Cerrado, ajustado con opresión
- d. Semi abierto

17. En los pacientes diabéticos puede bajarse mucho el nivel de azúcar en sangre

- a. En algunos
- b. En todos los diabéticos
- c. Sólo en aquellos que están descontrolados
- d. Nunca

18. El paciente diabético puede desarrollar pie diabético (lesiones, úlceras, infecciones)

- a. En algunos
- b. En todos los diabéticos
- c. Sólo en aquellos que no tienen control adecuado
- d. Nunca

19. El paciente diabético puede presentar complicaciones oculares hasta perder la visión

- a. En algunos
- b. En todos los diabéticos
- c. Sólo en aquellos que tienen mal control
- d. Nunca

III. Apoyo instrumental

20. Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar enfermo

- a. Si
- b. No

21. Cuando su familiar come más alimentos de los indicados usted le recuerda el riesgo

- a. Si
- b. No

22. Acompaña a su familiar a los controles médicos

- a. Si
- b. No

23. Conversa con el médico acerca de la enfermedad y las indicaciones que le dieron a su familiar

- a. Si
- b. No

24. Ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico

- a. Si
- b. No

25. Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar sus medicamentos

- a. Si
- b. No

26. Cuando su familiar diabético suspende el medicamento, sin indicación médica usted le recuerda el riesgo

- a. Si
- b. No

27. Ayuda económicamente al paciente diabético a solventar su enfermedad

- a. Si
- b. No

28. Proporciona calzado adecuado al paciente diabético

- a. Si
- b. No

29. Proporciona alimentos adecuados al paciente diabético para el control de la enfermedad

- a. Si
- b. No

...Gracias por su participación

ANEXO: D



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Buenos días, somos estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, estamos realizando un trabajo de investigación titulado “Apoyo familiar y prácticas de autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2”. Su colaboración es voluntaria, anónima y las respuestas serán tratadas de forma confidencial y servirá de referencia para valorar las prácticas de autocuidado.

I Datos generales del Adulto Mayor:

- Edad.....
- Grado de instrucción del paciente:(Marcar con X)

Analfabeto () Primaria: ()

Secundaria: () Superior: técnico () universitario ()

- Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)

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

Nº	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	A. CONTROL MÉDICO			
1	Por lo menos acude al médico dos veces al año			
2	Cumple con las indicaciones médicas			
3	Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest.			
4	Toma solo medicamentos prescritos por su médico			
5	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.			
6	Cumple con las pruebas de laboratorio de control por lo menos una vez al año.			
	B. DIETA			
7	Sigue la dieta indicada por su médico tratante			
8	Consume diariamente frutas recomendadas			
9	Consume diariamente verduras			
10	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día			
11	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
12	Controla su peso			
13	Consume carbohidratos o dulces			
	C. EJERCICIOS			
14	Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad			
15	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.			

16	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su ruina.			
D. CUIDADO DE LOS PIES				
17	Usa zapatos que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel: ni ajustados, ni flojos.			
18	Utiliza medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o que tienen ligas.			
19	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.			
20	Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas			
21	Evita usar sandalias o andar descalzo			
22	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies			
23	Se seca los pies entre dedos			
24	Mantiene las uñas cortas de forma recta			
E. CONTROL OFTALMOLÓGICO				
25	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año			
26	Utiliza los lentes en caso de prescripción medica			
27	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.			

ANEXO: E

FICHA DE RESUMEN DE LA OPINIÓN DE LOS JUECES DE EXPERTOS SOBRE APOYO FAMILIAR

CRITERIOS	Jueces de expertos										P	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?											0	0,0006
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?											0	0,0006
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?		0									1	0,002
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?											0	0,0006
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?											0	0,0006
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?											0	0,0006
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?		0				0				0	3	0.04
8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de datos?										0	1	0,002

9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?												0	0,0006
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?												0	0,0006
													0.4982

Aprueba: proporción de aciertos: P

Explicación de la validación del instrumento de apoyo familiar

Donde los valores considerados por los jueces respecto a los criterios para el análisis del instrumento de recolección son:

X: 0,1,2,3.

n: 10

p: 0.80

q:0.20

0: Si la respuesta al criterio es negativa

1: si la respuesta al criterio es positiva

<0.05 instrumento valido

$$nCx \cdot p^x \cdot q^{n-x}$$

$$P = \sum_{x=0}^3 \binom{10}{x} (0.8)^x (0.2)^{10-x} = 0.04982$$

$$10 \quad 10$$

Si $p < 0.05$, la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba Binomial aplicada.

Si $p > 0.05$, la prueba es no significativa, por lo tanto el grado de concordancia no es significativo y el instrumento es no válido según la prueba binomial aplicada.

ANEXO: F

FICHA DE RESUMEN DE LA OPINIÓN DE LOS JUECES DE EXPERTOS SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

CRITERIOS	Jueces de expertos										P	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. ¿Los ítems del instrumento de recolección de datos están orientados al problema de investigación?											0	0,0006
2. ¿En el instrumento los ítems están referidos a la variable de investigación?											0	0,0006
3. ¿El instrumento de recolección de datos facilitara el logro de los objetivos de la investigación?											0	0,0006
4. ¿El instrumento de recolección de datos presenta la cantidad de ítems apropiados?	0			0							2	0,04
5. ¿Existe coherencia en el orden de presentación de los ítems en el instrumento de recolección de datos?										0	1	0,002
6. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?											0	0,0006
7. ¿Eliminaría algún ítem del instrumento de recolección de datos?						0					1	0,002

8. ¿Agregaría algunos ítems al instrumento de recolección de datos?						0					1	0,002
9. ¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?											0	0,0006
10. ¿La redacción de los ítems del instrumento de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?											0	0,0006
												0.04642

Explicación de la validación del instrumento de prácticas de autocuidado

Donde los valores considerados por los jueces respecto a los criterios para el análisis del instrumento de recolección son:

X: 0,1,2,3.

n: 10

p: 0.80

q:0.20

0:Si la respuesta al criterio es negativa

1: si la respuesta al criterio es positiva
<0.05 instrumento valido

$P = \sum_{x=0}^3 \binom{10}{x} (0.8)^x (0.2)^{10-x}$

$$\binom{n}{x} p^x q^{n-x}$$

10 10

Si $p < 0.05$, la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada.

Si $p > 0.05$, la prueba es no significativa, por lo tanto el grado de concordancia no es significativo y el instrumento es no válido según la prueba binomial aplicada.

ANEXO: G



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Apoyo familiar y Prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac.

Responsables: Sandra Ramírez Gutiérrez, Milagros Arias Bramón –Internas de enfermería de E.E.P.L.T

Propósito de la investigación:

El propósito es determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, estableciendo el tipo de apoyo que brinda la familia y el nivel de prácticas de autocuidado del adulto mayor con respecto a su enfermedad. De esta manera el estudio permitirá conocer, comprender y desarrollar futuras intervenciones en la familia, tanto educativas y preventivas.

Procedimientos:

Si usted acepta ser participe en el estudio de investigación, inicialmente se le dará un cuestionario para determinar cómo le apoyan en la familia y ver cuáles son las características para que no se dé un buen apoyo familiar.

Participación voluntaria:

La participación en este estudio será de forma voluntaria, si usted no desea participar en este estudio, no se tomará ningún tipo de represalias en contra de su persona. Asimismo, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno. En todo momento tendrá plena libertad de decisión.

Beneficios:

Con su participación se busca estudiar cómo se encuentra el paciente adulto mayor con respecto al apoyo familiar que le brindan y cómo favorecería en su autocuidado, lo cual ayudaría a prevenir futuras complicaciones. Con los resultados del estudio se podrá describir y analizar crear futuras intervenciones en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y la familia, conocer mejor las causas que originan que no se dé un adecuado apoyo familiar, para así, favorecer el bienestar personal y familiar.

Riesgos y molestias:

Puede ser posible que las preguntas le traigan molestias, tristeza o amargura, si en caso usted no desea responderlos no se lo obligara. Y se respetara su voluntad.

Privacidad:

A fin de proteger su privacidad, los datos obtenidos serán conservados en un archivo seguro. El nombre de usted no figurará en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajando los datos sólo para fines establecidos en el estudio.

Remuneración:

Usted no recibirá remuneración alguna por participar en este estudio.

¿Desea participar en el presente estudio?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que las alumnas encargadas de realizar el estudio, me han explicado las actividades a desarrollar y estoy satisfecho con las explicaciones. Confirmando también que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y han sido resueltas, asimismo, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información, y decidir participar o no en el presente estudio.

Nombre del contacto:

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con las alumnas Sandra Ramírez Gutiérrez al teléfono 992151755 y/o Milagros Arias Bramón al teléfono 995047624, quienes son responsables del estudio.

CONSENTIMIENTO:

Nombre:

(En letra imprenta)

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO: H

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en el distrito de Pachacámac en el mes de diciembre 2012 y primera semana de enero del 2013 a una muestra no probabilística por conveniencia de 15 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 15 familiares cuidadores.

La encuesta fue realizada por las investigadoras y se utilizó dos instrumentos para validar la confiabilidad. Un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2 se consideró preguntas de alternativas incorporadas en dos dimensiones apoyo informacional y apoyo instrumental. Dicho instrumento fue elaborado por Valadez¹⁷ y adaptado por las autoras en relación a la realidad peruana ya que dicho instrumento fue hecho en México, también se clasificó las preguntas según las dimensiones y el otro instrumento para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo 2 cuestionarios con tres respuestas de tipo Likert.

En el apoyo familiar se utilizó la Prueba de Kuder Richardson donde se procesó los 19 ítems de la dimensión de apoyo informacional $KR_{20} = 0,708$ y la dimensión Apoyo instrumental $KR_{20} = 0,714$

En las Prácticas de autocuidado se utilizó la Prueba Alfa de Cronbach según dimensiones resultó confiable general 0,763; control médico 0,893; dieta 0,662; ejercicios 0,673; cuidados de los pies 0,652; control oftalmológico 0,701.

Se obtuvo los siguientes resultados: El Apoyo familiar 9 (60%) son inadecuadas y el 6 (40%) adecuadas, según dimensiones se determinó que solo el 7 (46.7%) Apoyo informacional es inadecuado y el 6 (40%) Apoyo instrumental también es inadecuado

ANEXO: I

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: PRUEBA KUDER RICHARSON PARA VARIABLE APOYO FAMILIAR.

Dimensión	N	KR-20	Confiabilidad
Apoyo Informativa	19	0,708	Aceptable
Apoyo Instrumental	10	0,714	Aceptable

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{V_t - \sum p \cdot q^2}{V_t^2} \right]$$

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0,7 , por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión

Mediante la Hoja de Cálculo Excel 2010 se procesó los 19 ítems de la Dimensión Conceptualización: Apoyo Informativo

	p	q	pq
P1	0,93	0,07	0,06
P2	0,93	0,07	0,06
P3	0,8	0,2	0,16
P4	0,47	0,53	0,25
P5	1	0	0
P6	0,53	0,47	0,25
P7	1	0	0
P8	0,67	0,33	0,22
P9	0,73	0,27	0,2
P10	1	0	0
P11	0,33	0,67	0,22
P12	0,67	0,33	0,22
P13	0,93	0,07	0,06
P14	0,67	0,33	0,22
P15	0,87	0,13	0,12
P16	0,6	0,4	0,24
P17	0,53	0,47	0,25
P18	0,4	0,6	0,24
P19	0,53	0,47	0,25

KR 20 =0.708

Mediante la Hoja de Cálculo Excel 2010 se procesó los 19 ítems de la Dimensión Conceptualización: Apoyo Instrumental

	p	q	pq
P20	0,87	0,13	0,12
P21	1	0	0
P22	0,73	0,27	0,2
P23	0,8	0,2	0,16
P24	0,8	0,2	0,16
P25	0,73	0,27	0,2
P26	0,93	0,07	0,06
P27	0,73	0,27	0,2
P28	0,73	0,27	0,2
P29	0,93	0,07	0,06

KR 20 =0,714

Apoyo Familiar

	p	q	pq
P1	0,93	0,07	0,06
P2	0,93	0,07	0,06
P3	0,8	0,2	0,16
P4	0,47	0,53	0,25
P5	1	0	0
P6	0,53	0,47	0,25
P7	1	0	0
P8	0,67	0,33	0,22
P9	0,73	0,27	0,2
P10	1	0	0
P11	0,33	0,67	0,22
P12	0,67	0,33	0,22
P13	0,93	0,07	0,06
P14	0,67	0,33	0,22
P15	0,87	0,13	0,12
P16	0,6	0,4	0,24
P17	0,53	0,47	0,25
P18	0,4	0,6	0,24
P19	0,53	0,47	0,25
P20	0,87	0,13	0,12
P21	1	0	0
P22	0,73	0,27	0,2
P23	0,8	0,2	0,16
P24	0,8	0,2	0,16
P25	0,73	0,27	0,2
P26	0,93	0,07	0,06
P27	0,73	0,27	0,2
P28	0,73	0,27	0,2
P29	0,93	0,07	0,06

KR 20 =0,702

ANEXO: J

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: PRUEBA ALFA DE CRONBACH PARA VARIABLE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

VARIABLES	N	Alfa - Cronbach	Confiabilidad
General	27	0,763	Aceptable
Control Medico	6	0,893	Aceptable
Dieta	7	0,662	Aceptable
Ejercicios	3	0,673	Aceptable
Cuidados de pies	8	0,652	Aceptable
Control Oftalmológico	3	0,701	Aceptable

COEFICIENTE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1) \left[1 - \frac{\sum_i s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]}$$

Dónde:

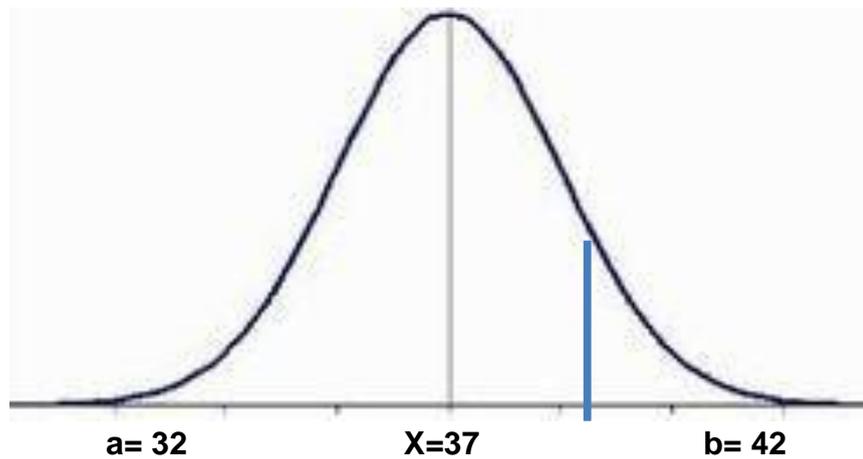
N = número de ítems
 $\sum s^2(Y_i)$ = Sumatoria de la varianza de los ítems
 s_x^2 = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.7 , por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta las variables por cada dimensión

ANEXO: K

CATEGORIZACIÓN DEL PUNTAJE POR EL MÉTODO DE ESTANINO A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Autocuidado	Deficiente	Regular	Bueno	$X \pm 0.75 DE$
General	0 - 31	32 - 42	42 - 54	$37 \pm 0.75 * 7,15$



DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO

Autocuidado	Deficiente	Regular	Bueno	X ± 0.75 DE
Control médico	< 7	7 – 11	>11	9 ± 0.75 *3
Dieta	< 8	8 – 11	>11	10 ± 0.75 *2
Ejercicios	< 2	2 – 4	>4	2,4 ± 0.75 *2
Cuidado de los pies	< 10	10 – 14	>14	12 ± 0.75 *2,5
Control oftalmológico	< 2	2 – 5	>5	3,8 ± 0.75 *1,64

ANEXO L

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Surco, 17 Septiembre del 2013

Oficio N 028-2013/CE

Señor Doctor
MANUEL HUAMAN GUERRERO
Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Ricardo Palma
Presente



Referencia: Oficio N° 089-2013/D-EEPLT

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar el Resultado de la Evaluación del Consentimiento Informado del Proyecto de Tesis "APOYO FAMILIAR Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ASULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ZONA URBANA DSITRITO DE PACHACAMAC" de las alumnas Milagros del Pilar ARIAS BRAMON y Sandra Susana RAMIREZ GUTIERREZ remitidas por su Decanato.

Luego de la Revisión del Documento de Consentimiento Informado, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Comité le hacemos llegar el resultado como **APROBADO SIN ENMIENDAS**.

Sin otro particular me despido haciéndole llegar mis deferencias y estima personales.

Atentamente,



Alfredo Benavides Zúñiga
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA FAMIURP



ANEXO M

CARTA DE AUTORIZACIÓN AL CENTRO MÉDICO PARROQUIAL PADRE ROGELIO GARCÍA FERNÁNDEZ



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Creada por Decreto Supremo N° 026-83-SA de fecha 18-08-83

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Av. El Polo 641 Santiago de Surco - Lima - Perú • Telfs:434-2770 / 436-7283 Fax:434-3166

✉ escuelaitezza@eeplt.edu.pe • www.eeplt.edu.pe



Surco, 08 de mayo del 2013

Carta N°016-2013/D-EEPLT

Doctor
ULISES CÁRDENAS ORELLANA
Médico General
Centro Parroquial Padre Rogelio Garcia Fernandez
Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente, asimismo conocedora de su alto espíritu de colaboración para la formación del personal de salud, me permito solicitarle su autorización para que las Srtas. **MILAGROS DEL PILAR ARIAS BRAMÓN y SANDRA SUSANA RAMÍREZ GUTIÉRREZ**, estudiantes del X ciclo en la Carrera de Enfermería, puedan realizar su Investigación titulada:

“APOYO FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 - DISTRITO DE PACHACÁMAC”, en la Institución que usted dignamente dirige.

Agradeciendo anticipadamente la acogida que se sirva brindar a la presente, me despido reiterándole las muestras de mi mayor consideración y deferente estima.

Atentamente,



M^g. SOR FELIPA GASTULO MORANTE
DIRECTORA
CEP. 35671

SFGM/vpf