



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FACTORES BIOSOCIALES, GRADO DE APOYO FAMILIAR
Y EL NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ADULTO CON
DIABETES MELLITUS TIPO II. HOSPITAL ELPIDIO
BEROVIDEZ PÉREZ, OTUZCO, 2017.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN
SALUD PÚBLICA

AUTORA:

RAQUEL CASTILLO LÁZARO

ASESORA:

DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

TRUJILLO – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Mgtr. Elcira Leonor Grados Urcia

Docente Asesor Revisor

Mgtr.Eva María Arévalo Valdiviezo

Miembro

Mgtr.Mónica Elizabeth Herrera Alva

Miembro

Dra. Nélide Cantuarias Noriega

Asesora

AGRADECIMIENTO

A Dios, Nuestro Señor:

Por darme la vida y estar guiando mi camino durante mi crecimiento y desarrollo profesional y lograr así mis metas.

A mi Amado Hijo:

Por ser la persona muy Especial e importante en mi vida, gracias por tu amor, tus alegrías.

Con mucho cariño y gratitud a mi Asesora:

Por su apoyo incondicional y por ser la persona muy importante en el desarrollo y culminación del presente estudio.

DEDICATORIA

A mi Madre Marina que desde
el Cielo

Me está cuidando y amando.

A mi Padre Walter

Por acompañarme en el logro
de una más de mis metas.

Con todo mi Amor a mi hijo
Alexis Paúl que es mi motivo y
fuerza para seguir luchando
cada día y cumplir mis metas.
Te amo.

Con todo mi cariño y gratitud a
Lucy

Por su apoyo incondicional,
constante en mi vida y por su
comprensión y cariño.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación de los factores biosociales y el grado de apoyo familiar con el nivel de autoestima en el adulto con diabetes mellitus tipo II del programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017. La investigación fue cuantitativa - descriptiva, correlacional, la muestra fue de 44 adultos entre las edades de 20 a más de 65 años diagnosticados de diabetes mellitus tipo II a quienes se les aplicó 3 cuestionarios (factores biosociales, apoyo familiar y nivel de autoestima), con preguntas cerradas, aplicando la técnica de la entrevista. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba chi cuadrado. Obteniéndose los siguientes resultados: En los factores biológicos del adulto con diabetes mellitus tipo II se observa que el 54,5% tienen edades comprendidas entre 41 a 65 años, el 63,6% son mujeres . De acuerdo a los factores sociales se observa que el 43,1% son casados, el 72,7% tienen grado de instrucción primaria; el 75,0% son católicos y el 65,9% se ocupan en su casa. En el grado de Apoyo Familiar el 72,7% presentan alto grado de apoyo familiar y el 65,9% tienen alto nivel de autoestima. En la relación de los factores biosociales con el nivel de autoestima del adulto ningún indicador tiene suficiente evidencia estadística de relación $p>0.05$ y el grado de apoyo familiar en relación con el nivel de autoestima presenta suficiente evidencia estadística de relación ($p<0.05$).

PALABRAS CLAVES: Factores biosociales, Grado de apoyo familiar, Autoestima. Diabetes Mellitus. Adulto.

ABSTRACT

The general objective of the research was to determine the relationship of the biosocial factors and the degree of family support with the level of self-esteem in the adult with diabetes mellitus type II of the control program of noncommunicable diseases of the Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017. The research was quantitative - descriptive, correlational, the sample was of 44 adults between the ages of 20 and over 65 diagnosed with diabetes mellitus type II to whom 3 questionnaires were applied (biosocial factors, family support and self-esteem level) , with closed questions, applying the interview technique. For the statistical analysis, the chi square test was used. Obtaining the following results: In the biological factors of the adult with diabetes mellitus type II it is observed that 54.5% have ages comprised between 41 to 65 years, 63.6% are women. According to social factors, 43.1% are married, 72.7% have a primary level of education; 75.0% are Catholics and 65.9% are employed at home. In the degree of Family Support, 72.7% have a high degree of family support and 65.9% have a high level of self-esteem. In the relation of the biosocial factors with the level of self-esteem of the adult, no indicator has sufficient statistical evidence of $p > 0.05$ relationship and the degree of family support in relation to the level of self-esteem presents sufficient statistical evidence of relationship ($p < 0.05$).

KEY WORDS: Biosocial factors, Degree of family support, Self-esteem. Mellitus diabetes. Adult.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Marco teórico	8
2.2 Antecedentes	17
2.3 Bases teóricas	21
2.4 Hipótesis.....	23
2.5 Variables	24
III- METODOLOGÍA.....	25
3.1 Tipo y nivel de Investigación.....	25
3.2 Diseño de la Investigación	25
3.3 Población muestral.....	25
3.4 Definición y operacionalización de las variables e indicadores	27
3.5 Técnicas, instrumentos y procedimiento	31
3.6 Plan de análisis.....	34
3.7 Principios éticos	34
IV. RESULTADOS	36
4.1 Resultados.....	36
4.2 Análisis de resultados	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1 Conclusiones.....	65
5.2 Recomendaciones	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores biológicos del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	36
Tabla 2: Factores sociales del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al programa de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	39
Tabla 3: Grado de apoyo familiar del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	44
Tabla 4: Nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	46
Tabla 5: Factores biológicos en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	48
Tabla 6: Factores sociales en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	49
Tabla 7: Grado de apoyo familiar en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de la edad del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	37
Gráfico 2: Distribución de sexo del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	38
Gráfico 3: Distribución del estado civil del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	40
Gráfico 4: Distribución del grado de instrucción del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	41
Gráfico 5: Distribución de religión del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	42
Gráfico 6: Distribución de la ocupación del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	43
Gráfico 7: Grado de apoyo familiar del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	45
Gráfico 8: Nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.	47

I. INTRODUCCIÓN

La edad adulta es la etapa en la cual el ser humano ha adquirido todo su crecimiento físico, la salud, el vigor y la destreza, presenta un gran desenvolvimiento social y emocional, mayor desarrollo de autorrealización con su capacidad de tomar decisiones gozando de más independencia y manteniendo intimidad consigo mismo y con otras personas. Esta etapa comprende adultez temprano (20 a 40 años), adultez media (40 a 65 años) y adultez tardía (más de 65 años) (1).

Entre las edades de 40 a más de 65 años, el adulto por la complejidad del cuerpo humano y su biología puede repercutir sobre la salud de manera múltiple, variada y grave, contribuyendo a la presencia de problemas de salud y hasta la mortalidad, son las etapas en las que algunas personas han adquirido hábitos poco saludables, por lo que se presentan las enfermedades crónicas y deterioro de las habilidades sensoriales (2).

Por otro lado, la enfermedad crónica es definida como enfermedad de etiología incierta, multicausal, con largos períodos de incubación o latencia; así como períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin evolución espontánea en el tiempo, con gran impacto en la población adulta situación que puede controlarse con autocuidado (3).

Dentro de las enfermedades crónicas degenerativas se encuentran: La diabetes mellitus, artritis reumatoide, la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la obesidad, entre otras. La diabetes mellitus es

uno de los problemas de salud pública más relevante por su alta prevalencia, el 5% de la población la presenta en los países desarrollados con sus consecuencias físicas y el impacto económico que este problema produce en la salud. Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina (4).

Según la Federación Internacional de Diabetes en el Mundo, en MINSA existirían 387 millones de personas con diabetes, la mayoría tiene entre 40 y 59 años. El 77% de las personas con diabetes viven en países con ingresos medios y bajos. Para el año 2035 se estima que en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos diabéticos. En América habría 64 millones de personas; 25 millones en América Central y América del Sur, y 39 millones en América Norte y el Caribe. En España en el año 2015 la prevalencia de diabetes mellitus se estima en un 13,8 % para grupos de edad mayores de 18 años, lo que equivale a 5,3 millones de los cuales 3 millones ya están diagnosticados, pero 2,3 millones no tienen diagnóstico (5).

Según la Organización Mundial (OMS) en MINSA, en el Perú existirían un 6,7% de personas con 18 años a más que tiene glucosa elevada en sangre (mayor o igual a 126 mg/dl) o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus. En el reporte PERUDIAB tiene una prevalencia de 7% de los cuales 4,2% refirieron que el personal de salud les dijo que tiene diabetes y utilizaban medicación para tratarla. Este problema de salud representa la sexta causa de

carga de enfermedad, así como la primera en personas de 45 a 59 años de edad (5).

Resulta difícil mantener la calidad de vida relacionado a la salud de las personas sino se consideran los factores físicos, psicológicos y sociales que tienen relación con la diabetes mellitus, los que contribuyen a este problema de salud y que muchos de ellos pueden ser modificados con la participación de los que lo padecen.

Así mismo, el paciente con diabetes mellitus tipo II, tiene que modificar su estilo de vida y las limitaciones lo hace sentirse discriminado, deprimido, lo que podría disminuir si tiene fortalecida su autoestima, pues ésta permite a los pacientes enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia, optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos y autorrealización (6).

El Hospital Elpidio Berovidez Pérez ubicado en el distrito de Otuzco no es ajeno a la problemática nacional ni mundial pues su incidencia y prevalencia va en aumento, en el año 2017 de enero a marzo se presentaron 44 casos nuevos diagnosticados con diabetes mellitus II que acuden al Programa de control de enfermedades no transmisibles, agregándose a 30 casos que ya existían en el año 2016 (7).

El distrito de Otuzco se encuentra a 2641msnm, con superficie total de 444.13 km², a una distancia de 76 km de la ciudad de Trujillo, limita : Por el norte con la provincia de Gran Chimú, por el Sur con los distritos de Agallpampa y Salpo, por el Este con los distritos de Huaranchal, Usquil y

Charat, por el Oeste con distritos de Sinsicap, La Cuesta y la provincia de Trujillo; la vía de transporte es terrestre con duración de 1 hora 20 minutos de la ciudad de Trujillo, a los otros distritos varía de 1 a 4 horas.

Los habitantes se dedican a la agricultura: Producción de frutales como la chirimoya, lima, granadilla, palta, y básicamente a tubérculos, cereales y gramíneas como la papa, oca, olluco, camote, maíz, trigo, cebada, entre otras, esta actividad es autogestionaria. También se dedican a la crianza de ganado ovino, porcino y caprino. Es una ciudad donde el comercio en abarrotes, prendas de vestir, productos manufacturados, insumos agrícolas, materiales de construcción, combustible y medicamentos es una forma de trabajo para obtener el recurso económico que ayuda a las familias a atender sus necesidades básicas de vida.

La presencia de panaderías y la fabricación de pan en sus formas especiales o de manteca, de yema y pasteles hacen que el consumo de harina sea más frecuente, así como en la preparación de las comidas utilizan la papa, en todas las formas, la preparación de guisos, principalmente utilizan carnes de cerdo, cuy y pollo, poco consumen ensaladas, verduras y frutas. Se ha observado que no faltan estos potajes, el acompañamiento de bebidas alcohólicas como la chicha de jora y cerveza sobre todo en las festividades en los diversos distritos aledaños durante todo el año.

La principal fiesta religiosa del distrito de Otuzco es de la Inmaculada Virgen de la Puerta donde acude gran afluencia de devotos. Cabe precisar el rol que asumen los padres y abuelos al mismo tiempo, se dedican al cuidado

de los hijos menores y de los nietos, aun estando presente la familia directa, los abuelos se encargan de preparar la comida y no se dan tiempo para preocuparse por su propia salud, ni de ir al control médico rutinario o preventivo, solo cuando se sienten mal acuden al hospital y este lo hacen sin el apoyo de sus hijos, quienes hacen su vida sin preocuparse por sus padres.

Por la problemática expuesta anteriormente y notándose una realidad evidente del aumento de esta enfermedad crónica la diabetes mellitus tipo II en los pacientes que acudan al Programa de control de enfermedades no transmisibles del hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, con el propósito de conocer los factores biosociales, el grado de apoyo familiar como un factor protector y autoestima de estos pacientes para enfrentar su situación de salud se plantea el siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre los factores biosociales y grado de apoyo familiar con el nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017?.

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general:

Determinar la relación que existe entre los factores biosociales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, religión y el grado de apoyo familiar, con el nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Para poder conseguir el objetivo general se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- 1- Identificar los factores biológicos: edad y sexo del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.
- 2- Identificar los factores sociales: estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.
- 3- Identificar el grado de apoyo familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.
- 4- Identificar el nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Finalmente, la investigación se justifica porque es importante ya que la presencia de personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II se ha incrementado en mayores de 25 años a más, ellos son mayoría que acuden al programa de control de enfermedades no transmisibles, desconocen la enfermedad, el tratamiento y sus cuidados sintiéndose preocupados al enterarse que este problema de salud solo se controla y no se cura, es la enfermera responsable del programa quien tiene que proporcionar la información para sus cuidados.

El estudio es relevante porque dará a conocer los factores biosociales, nivel de autoestima del paciente y como factor protector el apoyo familiar, aspectos que influyen directamente en la adaptación a su problema de salud, adherencia al tratamiento y poder controlar la glicemia evitando complicaciones.

Los resultados del estudio servirán para orientar la adecuación del programa de control de enfermedades no transmisibles de diabetes mellitus, según las necesidades de las personas afectadas de modo que la enfermera y el personal profesional de salud tengan la oportunidad de orientar el autocuidado en el paciente para controlar la enfermedad evitando complicaciones.

Así mismo, estos resultados incrementarán la ciencia en salud pública y podrán ser utilizados en la docencia y servirán como fuente para futuros estudios de Investigación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

La Diabetes Mellitus se define como una enfermedad heterogénea y compleja, es un síndrome orgánico multisistémico crónico que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia) resultado de concentraciones bajas de la hormona insulina o por su inadecuado uso por parte del cuerpo, que conducirá posteriormente a alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Son síntomas cardinales de éste padecimiento la poliuria, la polidipsia, la pérdida de peso, algunas veces polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer) y la visión borrosa (8).

A la diabetes mellitus se ha atribuido como principal responsabilidad en la etiopatología a la insulinoresistencia hepática y muscular. El aumento de la síntesis hepática de la glucosa y la disminución de su captación por el musculo llevan al aumento progresivo de los niveles de glucemia, lo que asociado a una secreción deficiente de insulina por la célula beta pancreática determinaran la aparición del cuadro clínico; así mismo hay participación de otros componentes en la progresión de diabetes mellitus como el tejido adiposo, el tejido gastrointestinal, la célula alfa del islote pancreático, el riñón y el cerebro (9).

Se clasifica según su etiología en: Diabetes Mellitus tipo I donde hay destrucción de las células beta del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina; Diabetes Mellitus tipo II, caracterizado por un defecto

relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción; Diabetes Mellitus Gestacional caracterizada por hiperglucemia que aparece durante el embarazo (9).

Dentro de los factores de riesgo de diabetes mellitus se tiene en relación al medio ambiente, la urbanización y el riesgo ocupacional donde se considera el sedentarismo, alimentación malsana o el estrés. En relación a las horas largas de jornada laboral existiría un incremento del 30% de riesgo y en los factores hereditarios se encuentran los antecedentes familiares de diabetes mellitus de primer grado de consanguinidad (10).

Otros factores de riesgo son los relacionados a la persona: hiperglucemia intermedia en la que incluye glucemia en (140 – 199 mg/dl a las dos horas tras 75 gr de glucosa oral) o ambas a la vez; síndrome metabólico asociado a un incremento de riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II de 3 a 5 veces más, sobrepeso y obesidad en el que el índice de masa corporal es mayor o igual a 25 kg/m²; así mismo van a desarrollar este problema más los de raza negra y asiáticos, la edad en personas mayores de 45 años con enfermedades agregadas como dislipidemias, hipertensión arterial, antecedentes obstétricos, síndrome de ovario poliquístico, síndrome de apnea sueño, hiperuricemia, entre otras. Así mismo también es considerado como otro factor de riesgo el bajo grado de instrucción por el desconocimiento de una vida saludable (11).

Los signos y síntomas dependerán de la etapa de la enfermedad en que se encuentre el adulto, esto es de duración variable puede ser entre 4 a 13

años. En la etapa sintomática presenta poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso, adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito, adormecimientos, calambres, hormigueos, dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética, dolor en pantorrilla en caso de enfermedad arterial periférica, infecciones del tracto urinario a repetición, también pueden desarrollar crisis hiperglucemias en la que presentan deshidratación, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos dolor abdominal y respiración acidótica (12).

El diagnóstico de diabetes mellitus se basa en la medición de glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl en dos oportunidades, no puede pasar más de 72 horas entre una y otra medición, con ayuno por lo menos de 8 horas. Con síntomas de hiperglucemia y una glucemia causal medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl. Glucemia causal es definida como cualquier hora del día sin relación transcurrido desde la última comida, con síntomas de poliuria, polidipsia y pérdida de peso. Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75 gr de glucosa anhidra (13).

El tratamiento de la enfermedad no es un proceso sencillo dado que para superarlo, es necesario brindar una atención multidisciplinaria médico, paciente y personal de salud de la institución que lo atiende, favoreciendo la calidad de vida de los enfermos. En el tratamiento farmacológico si las personas con diabetes mellitus II presentan signos de estado de descompensación metabólica aguda como deshidratación, trastorno del sensorio, náuseas, vómitos, dolor abdominal, polipnea y cuerpos cetonicos en

orina deben ser estabilizados en emergencia. En caso de personas que se encuentren clínicamente estable, se inicia el tratamiento de uso de Metformina el cual disminuye la producción hepática de glucosa, y mejora la sensibilidad a la insulina en tejidos periféricos. La Glibenclamida es el que estimula la secreción de insulina del páncreas independientemente del nivel de glucosa sanguínea (13).

En el tratamiento no farmacológico se deberá incluir para el control inicial de la glucosa el cumplimiento en la terapéutica, la dieta, el ejercicio y el manejo adecuado del estrés, riesgos ocupacionales, hábitos de fumar y consumo de alcohol, fomentar el apoyo familiar como medidas que se aplican en el control y la prevención de las complicaciones para el mejor estado de salud y mejorar la calidad de vida del paciente (13).

Para el control efectivo del tratamiento de la diabetes mellitus tipo II es importante conocer los factores de riesgo biosociales que son los que predisponen a la enfermedad, y conducen a las complicaciones entre ellos son edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación por lo que es necesario que los que padecen este trastorno metabólico conozcan para mejorar su calidad de vida. Así entre ellos se encuentra la edad que influye en gran medida sobre el nivel de información que el personal de salud le proporciona acerca del tratamiento, de su entorno, trabajo y/o salud. No obstante, conforme avanza la edad es importante y necesario adoptar nuevas actitudes dirigidas a lograr control en su estado de salud (14).

Por otro lado, el grado de instrucción permite a las personas informarse por cualquier medio sobre el cuidado integral de la salud, por el contrario, las personas que presentan un nivel de instrucción bajo tienen una barrera fuertemente limitada para captar y poner en práctica los conocimientos impartidos por los educadores de salud en relación a los cuidados que se deben tener en la diabetes mellitus II (14).

El sexo es un factor biológico que distingue al ser humano en hombre y mujer, el género influye en la práctica de autocuidado de la diabetes mellitus II, evidenciándose que las mujeres realizan mejor práctica de autocuidado en relación a los varones, debido a que son más cuidadosas en su apariencia física y personal. El estado civil es importante en la integración social que compensa muchas pérdidas de la adultez así como genera actividades de familia, es el estilo de vida compartida con la pareja y los hijos. Los solteros dedican mayor tiempo para el desarrollo personal y el trabajo poseen mayor integración social y estilos de vida variables; lo que no sucede con los casados o viudos que tienen que asumir otros roles que les impiden el acceso a los sistemas sociales (10,14).

Por otro lado, el adulto por naturaleza necesita satisfacer sus demandas personales a través de la ocupación en las áreas en las que se desempeña en la actividad productiva, en las actividades básicas cotidianas y del tiempo libre cuidando su salud. Dentro del cuidado del paciente diabético como un proceso dinámico abarca la promoción de la salud, la prevención de complicaciones, la conservación, el desarrollo de las potencialidades y el restablecimiento e integración de las capacidades de cada persona con su

identidad particular, asegurando así el máximo nivel de desempeño ocupacional y social (15).

Otro factor que acompaña a la persona es la religión, entendida como conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, está asociada comúnmente al estado de acción, o a un sistema específico de prácticas con la denominación de secta o forma de culto. Muchos pacientes practican una fé o creen en las doctrinas o expresiones de una religión o secta específica. La religión sirve con diferentes propósitos en la vida, para algunos es un conjunto de reglas o rituales para adorar a un ser supremo, ello le proporciona cierta seguridad y estímulo para enfrentar el rol que le toca vivir sin dejar de lado su cuidado personal (12).

Así también el apoyo familiar es un factor protector que facilita el proceso de recuperación de enfermedades y ayuda a conservar la salud psicológica y autoestima, así como la salud social de sus integrantes proporcionando ayuda y apoyo a sus miembros en época de problemas, dando la sensación de que es amado y que la carga se comparte con otros, brindándole una sensación de seguridad y capacidad de valerse por sí mismo, contribuyendo en la familia a la aceptación del proceso de enfermedad. Aquellas personas diabéticas que tienen un bajo apoyo familiar y una alta necesidad de él pueden encontrarse en riesgo de adoptar una actitud negativa hacia sus propios cuidados afectando de manera inversa las respuestas al tratamiento y a la enfermedad (16).

El apoyo familiar es el conjunto de recursos sociales existentes de diferente naturaleza que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos positivamente o negativamente, incluyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad. También es definida como ayuda brindada por el grupo familiar que puede influenciar en la conducta del adulto en forma positiva como negativa, produciendo comportamientos amigables u hostiles, cooperativas o individualistas, las cuales intervienen en el impacto de algún factor de riesgo favoreciendo o dificultando la vivencia del adulto con diabetes (15).

El soporte emocional que brinda la familia no puede igualarse en ninguna instancia, ni siquiera con la relación que el paciente forma con su médico, aun cuando este es quien puede darle las respuestas que necesita en los momentos de incertidumbre. Otra de las funciones más importantes que se cumplen gracias al apoyo familiar es el de la conservación de la identidad. El acompañamiento permite retomar aspectos básicos y típicos de la convivencia familiar adaptado a su nuevo estilo de vida, y gracias a ello, el paciente puede continuar con su tratamiento adaptado a sus costumbres (16).

La presencia constante de familiares durante su tratamiento y cuidado es, de especial importancia el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas; esto último, se refiere a la calidad de vida, factor que va mucho más allá de disminuir las afecciones propias de la enfermedad, ya que juega un papel crucial en la evolución del tratamiento médico debido a la influencia anímica que tiene el paciente (14).

Todos estos factores mencionados influyen de manera directa o indirecta, favoreciendo o complicando la salud de los pacientes que presentan diabetes mellitus II, por ello el personal de salud debe considerar prioritario la educación teniendo en cuenta características biológicas y socioculturales, así como incluir por lo menos a un miembro de la familia, considerando al paciente, personal de salud y familia como una unidad del cuidado integral de salud (3).

La autoestima es la convicción basada en la experiencia, de sentirse valioso, merecedor, capaz y competente, es decir, de tener un derecho a satisfacer las necesidades vitales y a ser feliz, estar apto para afrontar adecuadamente los desafíos de la vida como es el problema de salud, la diabetes mellitus II, aceptar el tratamiento adecuadamente evitando complicaciones. Así pues, resulta de la interacción de dos componentes: merecimiento y competencia. La competencia tiene que ver con lo conductual con el establecer y lograr metas, y el merecimiento con lo cognitivo, el juicio o creencia sobre sí mismo. Además, la autoestima actúa como una fuerza que organiza la percepción, la experiencia y moldea la conducta a lo largo del tiempo, proporciona estabilidad y al mismo tiempo permanece abierta al cambio (15),

Por otro lado, la autoestima es un factor importante que se valora en el paciente con diabetes mellitus tipo II porque se relaciona con los cambios fisiológicos que acompañan el proceso de la enfermedad, pero muchas veces estos pacientes carecen de apoyo emocional y falta de cariño, están atemorizados, ansiosos y suelen sentir una gran soledad y tensión; es por ello

que para enfrentar la enfermedad deben estar en posibilidad de solicitar o recibir apoyo de los demás principalmente de las personas más allegadas a ellos, que le permitan fortalecer su autoestima pasando por las siguientes fases, desde la negación de la enfermedad, la ira, el abandono o la depresión hasta la aceptación, por tal motivo el rol de la enfermera y la familia es importante y debe centrarse en favorecer el diálogo (14).

Todo ser humano sin excepción, por el hecho de serlo, es digno del respeto incondicional de los demás y de sí mismo. La autoestima alta o baja, se forma a través de los diferentes pensamientos, sentimientos y comportamientos por los que atraviesa la persona, es esencial para el ser humano, pues la ayudan a afrontar los problemas con más seguridad y adaptarse al resultado, potenciando sus capacidades y favoreciendo el control de la enfermedad participando en la prevención de complicaciones.

La autoestima también es definida como un conjunto de fenómenos cognitivos y emocionales que centran la actitud hacia uno mismo así como la forma que una persona se juzga, manifestándose en su forma de ser, de actuar, comprende juicio de valores y contravalores que posee todo ser humano y que se logra con la interacción de las personas que las rodean especialmente familiares y amigos. Está en relación con la necesidad de sentirse bien y satisfecho de uno mismo, es la necesidad de valoración propia y de ser valorado por los demás, alcanzando la autorrealización en su salud física y mental, que influye en su productividad y creatividad (6).

El paciente diabético necesita un soporte emocional de la familia que le permita lidiar con el tratamiento y cuidado de manera óptima, sobre todo, la noción de que su cotidianidad no se verá severamente alterada por su padecimiento. En este sentido, los familiares del paciente cumplen una función sumamente importante, puesto que incluye muchas tareas cotidianas al convertirse directamente en proveedores de atención en la salud con el control de medicamentos, control en alimentación y primeros auxilios en caso necesario (15).

Por ello resulta de gran importancia que el paciente perciba que sus familiares lo ayuden en la alimentación, a realizar actividad, al descanso y aseo, cuidando principalmente los pies para control y prevención de la diabetes para así poder enfocar todas sus energías en su recuperación; sus preocupaciones y situaciones de estrés pueden no ser factores de riesgo y el tratamiento y cuidados sean favorables a su salud. La familia participa en la supervisión de la adherencia al tratamiento, para que el paciente acepte el tratamiento farmacológico y no farmacológico (16).

2.2- Antecedentes

Cusi M, Marín A. (17), en su estudio: Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes mellitus tipo 2 en consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa en el año 2017, tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad de autocuidado con el apoyo familiar percibido en personas con diabetes mellitus tipo 2, investigación descriptiva, correlacional

y de corte trasnversal. La muestra fue de 86 adultos con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados fueron que el 22% tuvieron alto apoyo familiar, el 48,8% mediano apoyo familiar y bajo apoyo el 29%.

Becerra A. (18), en su estudio : Algunos factores biopsicosociales en el nivel de autoestima del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II en Chepén en el año 2010, el objetivo fue determinar la relación de algunos factores biopsicosociales y el nivel y dimensiones de la autoestima del adulto mayor con diabetes mellitus tipo II, investigación cuantitativa, descriptiva, de correlación. La muestra fué de 122 adultos con diabetes. Los resultados obtenidos fueron que existe una relación significativa entre el nivel de autoestima con la edad, estado civil, estilo de vida del adulto mayor del programa de diabetes mellitus tipo II. El 74,6% de los adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 y 69 años, siendo 54,1% femenino y el 45,1% son casados, 44,3% tienen primaria, 54,6% trabaja, 52,9% son católicos. Así mismo el 83,1% tienen autoestima medio alto.

Pajuelo L, Salvatierra G. (19), en su estudio: Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital II Chocope en el año 2015, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de autoestima con la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. La muestra fue de 140 adultos mayores con diabetes mellitus. Los resultados fueron que el 16,4% son adultos con nivel de autoestima alto, con nivel de autoestima medio 50,7% y bajo 32,9%.

Calderón H.(20), en su estudio: Factores psicosociales que influyen en el abandono del tratamiento del paciente hipertenso del programa del adulto con enfermedades crónicas en la posta medica de Limoncarro- Guadalupe Es salud en el año 2013, el objetivo fue determinar la relación que existe entre los factores psicosociales (nivel de autoestima, grado de instrucción y nivel de apoyo familiar) y el abandono del tratamiento de pacientes hipertensos del programa del adulto con enfermedades crónicas, investigación cuantitativa, descriptiva y de correlación. La muestra fue de 69 pacientes diagnosticados de hipertensión que abandonaron el tratamiento. Los resultados fueron que el 17,5% presentaron secundaria incompleta, el 14,5% primaria completa y superior incompleta. El 40,6% presentan un nivel de autoestima bajo y el 59,4% presentan un nivel de autoestima alto. El 15,9% presentaron alto grado de apoyo familiar, 53,6% moderado grado de apoyo familiar y el 30,5% bajo grado de apoyo familiar.

Ríos E, Prado M. (21), en su estudio: Factores biosocioculturales y nivel de prácticas de autocuidado en pacientes adultos diabéticos tipo II Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo en el año 2007-2008, tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores biosocioculturales : edad, sexo, grado de instrucción, ocupación y el nivel de práctica de autocuidado en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo II del programa “Atención de enfermedades en la cartera adulto/adulto mayor servicio de :Diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma , obesidad y dislipidemias del HVLE, investigación descriptiva, correlacional. La muestra fue de 243 pacientes con diabetes. Los resultados fueron que el 56,4% son adultos maduros, 55,6% de

sexo femenino, 41,2% tienen grado de instrucción secundaria y 22,2 % superior; el 68,9% con ocupación estable o es ama de casa.

Alva D, Escobedo A. (22), en su estudio: Apoyo familiar y su relación con el autocuidado de la persona adulto mayor con DM tipo II en el Hospital Essalud Albrecht Trujillo en el 2010, el objetivo fue establecer la relación entre el nivel de apoyo familiar y el nivel de autocuidado en la persona adulta mayor con diabetes mellitus tipo II, en el módulo del adulto y adulto mayor, investigación cuantitativa, descriptiva correlacional. Tuvo como muestra 89 personas con diabetes mellitus tipo II. Los resultados fueron que el 67,4% presentaron buen nivel de apoyo familiar, un 28,1% regular y 4,5% deficiente apoyo familiar.

León Z. (23), en su estudio: Autocuidado y su relación con factores socioculturales del paciente diabético del programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2013, el objetivo fue determinar el nivel de autocuidado y su relación con los factores socioculturales (ocupación, estado civil, grado de instrucción) del paciente diabético tipo II del programa de diabetes del HRDT, investigación cuantitativa, descriptiva, prospectivo y de correlación. La muestra fue de 50 pacientes con diabetes que acuden al programa. Los resultados fueron en ocupación el 32% son obreros, el 16% independientes, el 12% ama de casa, no trabajan 24% y otros 16%, en estado civil el 26% son solteros, casados 20%, viudos 26%, conviviente 28%, con grado de instrucción el 14% analfabeto, primaria incompleta 20%, completa 20%, secundaria 20% , superior 16%.

Ellen K, Padilla K. (24), en su estudio: Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar en el Centro de Salud Salaverry, Trujillo en el año 2015, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 con el apoyo familiar, investigación descriptiva, correlacional y de corte transversal. La muestra fue de 94 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados fueron que el 13,8% presentaron alto grado de apoyo familiar, moderado 80,9% y con bajo apoyo familiar un 5,3%.

3.3- Bases teóricas

En el presente estudio se utilizarán las teorías de autoestima de Rosenberg y la teoría de adaptación de Callista Roy. La teoría de autoestima de Rosenberg (25) quien define que la autoestima está basada en los pensamientos, sentimientos y comportamientos positivos y negativos de la persona, señala que la autoestima positiva permite enfrentarse a la vida con mayor confianza y optimismo disminuyendo el estrés y la angustia para poder sobrellevar una enfermedad, estado que aplicado al paciente diabético le alivia su preocupación orientándole a seguir su vida con optimismo.

Los pacientes que presentan diabetes mellitus II, antes de aceptar su estado crónico pasan por las fases de negación, ira y aceptación para colaborar con su tratamiento por lo que requieren del apoyo familiar y elevada autoestima que le permitirá modificar su estilo de vida y adaptarse a la terapia que exige esta enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico y cuidados en la alimentación, ejercicio, evitar el estrés y sobre

todo sentirse bien con el régimen que debe conservar para su vida saludable (25).

Por otro lado, la adaptación a su problema se orienta con la teoría de Callista Roy quien refiere que la adaptación es el proceso y el resultado donde las personas, tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Las personas son sistemas holísticas y adaptables, el sistema humano se define como un todo con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto, comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general (26).

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritas en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido. Es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación (26).

Existen dos mecanismos de afrontamiento: Los innatos y los adquiridos y cuatro modos de adaptación: 1) El fisiológico que está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos, comprende las necesidades básicas de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección, 2) El autoconcepto de grupo que es uno de los tres modos de adaptación psicosocial y se centra en

los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, 3) El modo de adaptación del desempeño del rol es un modo social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, donde las personas desempeñan papeles primarios, secundarios y terciarios, 4) El modo de adaptación de la interdependencia, se centra en las relaciones cercanas de las personas con otros individuos significativos que vendrían a ser las personas más allegadas al individuo y la otra es la relación que tiene el individuo con los sistemas de apoyo (26).

Por lo tanto las enfermeras tienen como objetivo mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación y así contribuir a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad (26).

2.4 Hipótesis

H1 Los factores biosociales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión, se relacionan significativamente con el autoestima del paciente adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017.

H01 Los factores biosociales: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ocupación, religión, no se relacionan significativamente con el autoestima del paciente adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017.

H2 El grado de apoyo familiar se relaciona significativamente con el autoestima del paciente adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017.

H02 El grado de apoyo familiar no se relaciona significativamente con el autoestima del paciente adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017.

2.5 Variables

Variable Independiente: Factores biosociales y grado de apoyo familiar.

Variable Dependiente: Nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II.

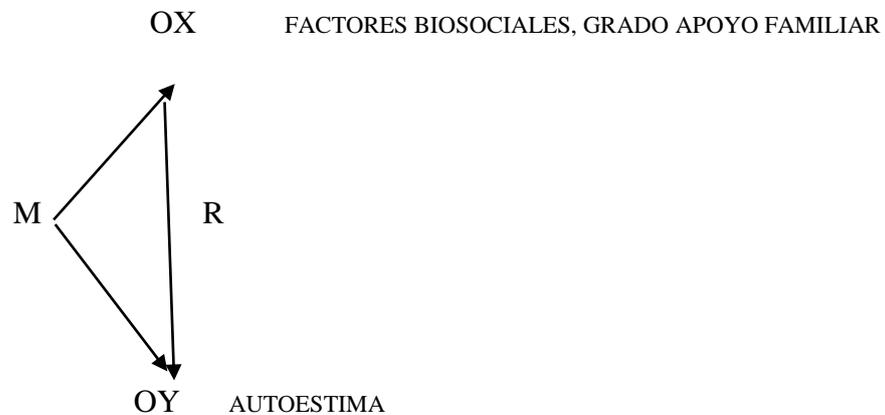
III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Nivel de Investigación

El tipo de investigación es cuantitativo, de nivel descriptivo correlacional.

3.2- Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es descriptivo, correlacional, de corte transversal, retrospectivo (27).



M= Muestra

OX= Factores biosociales, grado de apoyo familiar

OY= Autoestima

R = Relación

3.3- Población Muestral

La población muestral seleccionada estuvo constituida por los pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo II, que son un total de 44 inscritos y registrados en el Programa de control de enfermedades no transmisibles, en el

período enero a marzo del 2017 en el Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco (HEBP).

Unidad de Análisis

Paciente adulto entre las edades de 20 a más de 65 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del HEBP de Otuzco.

Criterios de Inclusión:

Adulto entre las edades de 20 a más de 65 años que estuvieron registrados en el programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez, 2017.

Adultos de ambos sexos.

Con diagnóstico médico de diabetes Mellitus tipo II.

Que tuvieron residencia más de 3 meses en Otuzco y pertenecieron a la jurisdicción del hospital (HBEP).

Orientados en tiempo, espacio y persona.

Que aceptaron participar voluntariamente en el estudio ante invitación realizada.

Criterios de Exclusión:

Adultos que padecían alteraciones mentales.

Ser gestante.

Residentes en otras ciudades.

Que tuvieron diagnóstico de otras enfermedades además de diabetes mellitus.

3.4- Definición y Operacionalización de las variables e indicadores

A) Variables Independientes

Factores Biosociales

Definición conceptual:

Son las características relacionadas con la persona misma y con su entorno social (14).

Dimensiones: factores biológicos: edad y sexo, factores sociales: estado civil, grado de instrucción, ocupación y religión.

Factores Biológicos

Definición conceptual:

Son las características relacionadas con la persona misma (14).

Indicadores

a) Edad

Definición Conceptual:

Es el número de años cumplidos, transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha del estudio en años cumplidos (1).

Definición Operacional:

Adulto temprano 20 -40 años

Adulto intermedio 40- 65 años

Adulto tardío Mayor de 65 años

b) Sexo

Definición Conceptual:

Conjunto de caracteres orgánicos del ser humano que distingue al hombre de la mujer (28).

Definición Operacional:

Sexo femenino

Sexo masculino

Factores Sociales

Definición Conceptual:

Son variables relacionadas al ambiente social que influyen sobre el estado de salud de la persona adulta y sobre sus prácticas saludables o no saludables (14).

Indicadores

a) Estado Civil

Definición Conceptual:

Es la condición en que se encuentra cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, como soltería, matrimonio o viudez (14).

Definición Operacional:

Soltero/a

Casado/a

Conviviente

Viudo/a

b) Grado de instrucción

Definición Conceptual:

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos (14).

Definición Operacional:

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Superior

c) Ocupación

Definición Conceptual:

Es la situación en la cual el adulto desempeña una labor o una actividad determinada a tiempo parcial o totalmente, por lo cual recibe una remuneración contribuyendo con la economía en la familia (15).

Definición Operacional:

Obrero

Empleado

Independiente

Agricultor

Su Casa

d) Religión

Definición Conceptual:

Conjunto asociado comúnmente al estado de acción o a un sistema de forma de secta o culto (13).

Definición Operacional:

Católico

Evangélico

Adventista

Otro

Grado de Apoyo Familiar

Definición Conceptual:

Ayuda brindada por el grupo familiar que puede influenciar en la conducta del adulto en forma positiva como negativa, produciendo comportamientos amigables u hostiles, cooperativas o individualistas, las

cuales intervienen en el impacto de algún factor de riesgo favoreciendo dificultando la vivencia del adulto con diabetes (15).

Definición Operacional:

Alto Grado 27 -33 puntos

Moderado Grado 19 – 26 puntos

Bajo Grado 11-18 puntos

B) Variable Dependiente

Nivel de autoestima

Definición Conceptual:

Autoestima son los pensamientos, sentimientos y comportamientos de la persona, es la autoevaluación que tiene, es la forma habitual de pensar, sentir y comportarse consigo mismo, de valoración propia y de ser valorado por los demás (25).

Definición Operacional:

Autoestima Alta 30 a 40 puntos

Autoestima Media 26 a 29 Puntos

Autoestima Baja Menos de 25 puntos.

3.5 Técnicas, Instrumentos y Procedimiento

Técnica

Las técnicas que se utilizaron fueron la entrevista personalizada para aplicar los cuestionarios y el análisis documental para utilizar el registro del programa de diabetes mellitus y la historia clínica.

Instrumentos

En el presente estudio de investigación se utilizó tres instrumentos:

Un cuestionario de factores biosociales del adulto con Diabetes Mellitus tipo II: Elaborado por la autora en base al marco teórico. Este instrumento permitió identificar los diferentes factores biosociales del adulto el cual incluyó: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación (Anexo 1).

El segundo cuestionario sobre el grado de apoyo familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo II: La escala de apoyo familiar fue en base al instrumento utilizado por Calderón H. (20) modificado por la autora, consta de 11 ítems con la escala de Likert donde tuvo un valor mínimo de 1 punto y un valor máximo de 3 puntos. Los ítems 4 y 11 tienen un valor de 1,2 y 3 puntos y los ítems restantes presentaron criterio de inversión de 3, 2 y 1. El máximo puntaje es 33 puntos y el mínimo a 11 puntos (Anexo 2).

El tercer cuestionario del nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus Tipo II: El instrumento de valoración de autoestima del paciente con Diabetes Mellitus estuvo basado en la teoría y encuesta de Rosenberg. Consta de 10 preguntas, con la escala de Likert, 5 preguntas están enunciadas de forma positiva 1, 2, 3, 4,5 y de forma negativa 6, 7, 8, 9, 10 (Anexo 3).

Cada ítem tuvo cuatro alternativas de respuesta con calificación positiva:

Completamente de acuerdo 4 puntos

De acuerdo 3 puntos

En desacuerdo 2 puntos

Completamente en desacuerdo 1 punto

Los ítems con calificación negativa:

Completamente de acuerdo 1 punto

De acuerdo 2 puntos

En desacuerdo 3 puntos

Completamente en desacuerdo 4 puntos

La cual confiere una escala de puntuación sumada de 40 puntos.

Validez

La validez de los instrumentos (Anexo 1 y 2) se han validado con juicio de 3 expertos quienes dieron sugerencias y se tomaron en cuenta para mejorar el instrumento. El instrumento 3 ha sido validado por el mismo autor aplicado en diferentes estudios.

Confiabilidad

La confiabilidad se obtuvo aplicando la prueba estadística de alfa cronbach cuyo resultado fue = 0,85 en los cuestionarios de los Anexos 1 y 2 indicando confiabilidad con el 95% de confiabilidad y el 5% de error y el Anexo 3 ha sido aplicado por el autor en varias investigaciones.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se solicitó autorización del Director y jefe del Programa de Control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco explicando los objetivos y el procedimiento a seguir para el desarrollo del estudio. Luego se reunió a los colaboradores que integran la población del estudio a quienes se les explicó el propósito de la investigación, solicitándoles su participación voluntaria.

La recolección de datos se obtuvo por la investigadora mediante la entrevista personal a cada adulto del Programa de control de enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad, se utilizó un tiempo promedio de 20 minutos; los instrumentos se aplicaron en una sola sesión, en la sala de capacitación, procurando que no haya interrupciones.

3.6 Plan de Análisis

La información obtenida a través de los instrumentos, se procesaron utilizando el Software SPSS 18 y los resultados presentados en cuadros de simple y doble entrada, así como también en gráficos estadísticos, para la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado con el 95% de acierto y el 0.05 de error.

3.7 Principios Éticos

Se aplicaron los siguientes principios de Polit, D y Hungler, B. (29).

Beneficencia.

En donde se les informó a los participantes que en dicho estudio hay garantía de que no sufrirán daños, que serán beneficiados por que tendrán que identificar sus propios factores que afectan a su salud, en este caso Diabetes Mellitus, así como lo que realizan como estilos de vida para su cuidado del control de su enfermedad.

Respeto a la dignidad humana.

Comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información.

Principio de Justicia.

Donde se consideró el derecho a un trato justo a los participantes en el presente estudio, así como el derecho a su privacidad en la información recolectada, esta solo será utilizada con fines de investigación.

Anonimato.

Es la condición en que ni el mismo investigador puede relacionar a una persona con la información obtenida. Esto protege el derecho del adulto con diabetes mellitus a la privacidad.

Consentimiento informado.

El colaborador participó en el estudio por su propia voluntad para lo cual se le pidió verbalmente su aprobación para responder los cuestionarios.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1

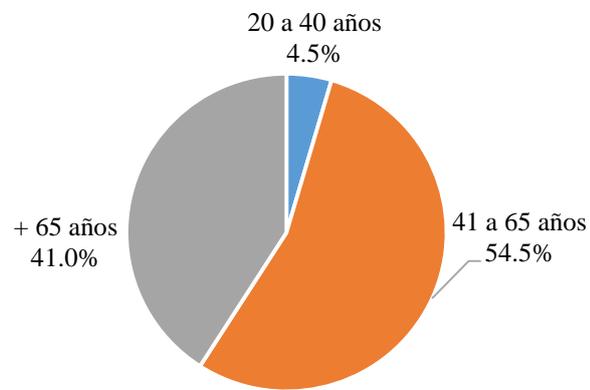
Factores biológicos del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Factores Biológicos	N°	%
Edad		
20 a 40 años	2	4,5
41 a 65 años	24	54,5
+ 65 años	18	41,0
Total	44	100,0
Sexo		
Femenino	28	63,6
Masculino	16	36,4
Total	44	100,0

Fuente: Cuestionario de Factores Biológicos en el Adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco en el 2017 (Anexo 1).

Gráfico 1

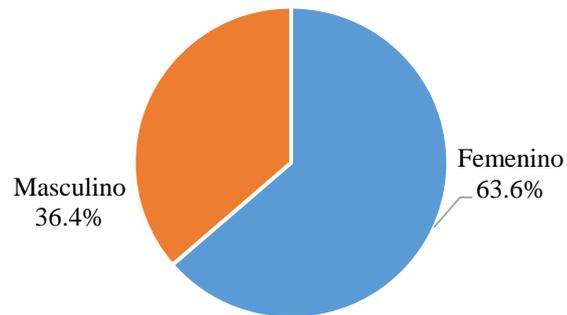
Distribución de la edad del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 1

Gráfico 2

Distribución del sexo del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 1

Tabla 2

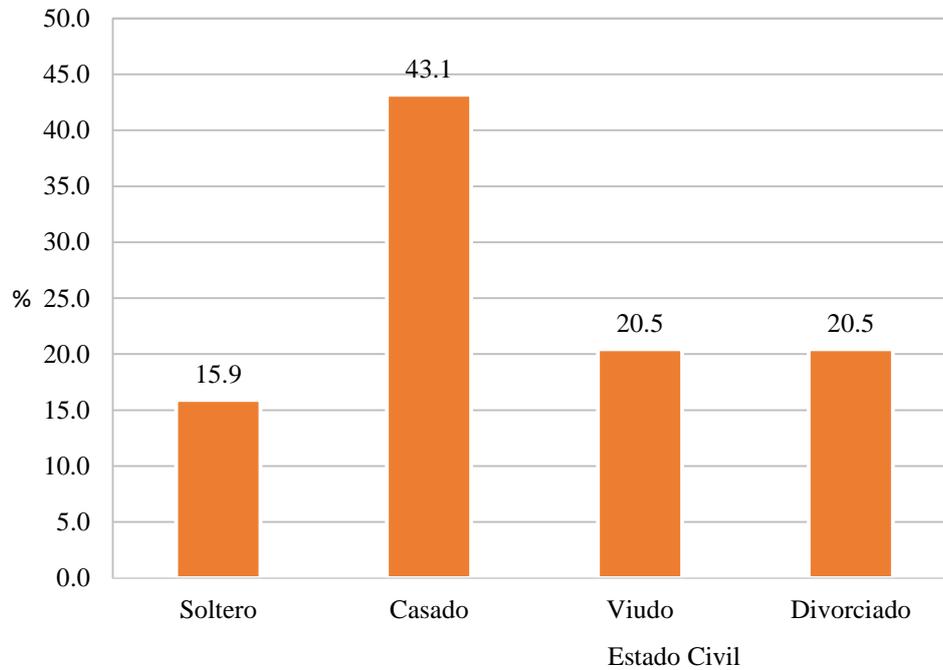
Factores sociales del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Factores Sociales	N°	%
Estado Civil		
Soltero	7	15,9
Casado	19	43,1
Viudo	9	20,5
Divorciado	9	20,5
Total	44	100,0
Grado de Instrucción		
Analfabeto	3	6,8
Primaria	32	72,7
Secundaria	6	13,7
Superior	3	6,8
Total	44	100,0
Religión		
Católico	33	75,0
Evangélico	8	18,2
Adventista	1	2,3
Otro	2	4,5
Total	44	100,0
Ocupación		
Obrero	0	0,0
Su casa	29	65,9
Empleado	8	18,2
Independiente	5	11,4
Agricultor	2	4,5
Total	44	100,0

Fuente: Cuestionario de Factores Sociales en el Adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco en el 2017 (Anexo 1).

Gráfico 3

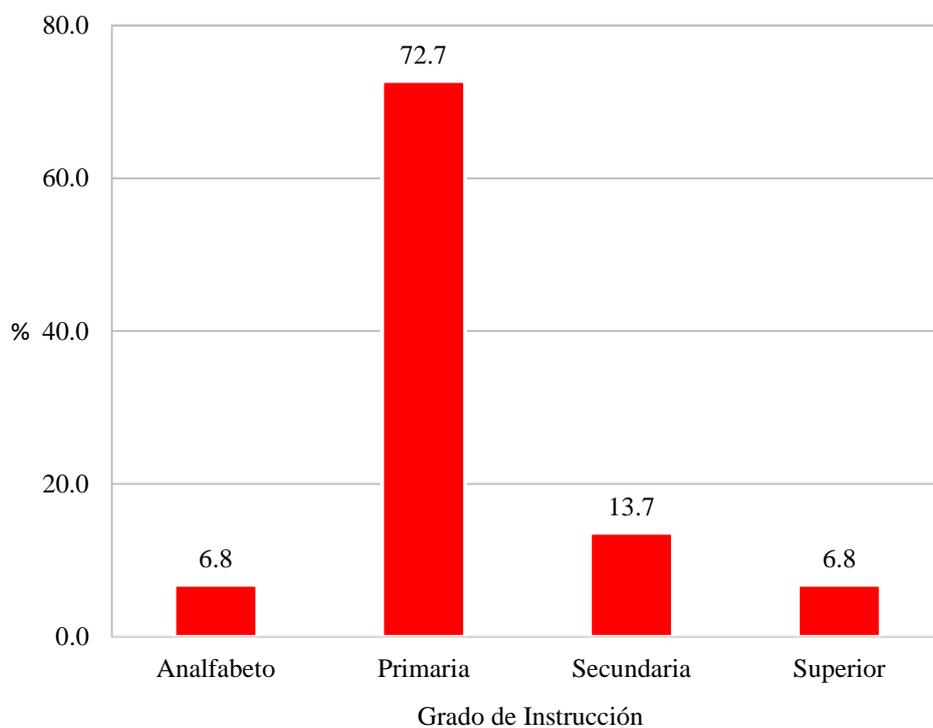
Distribución del estado civil del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 2

Gráfico 4

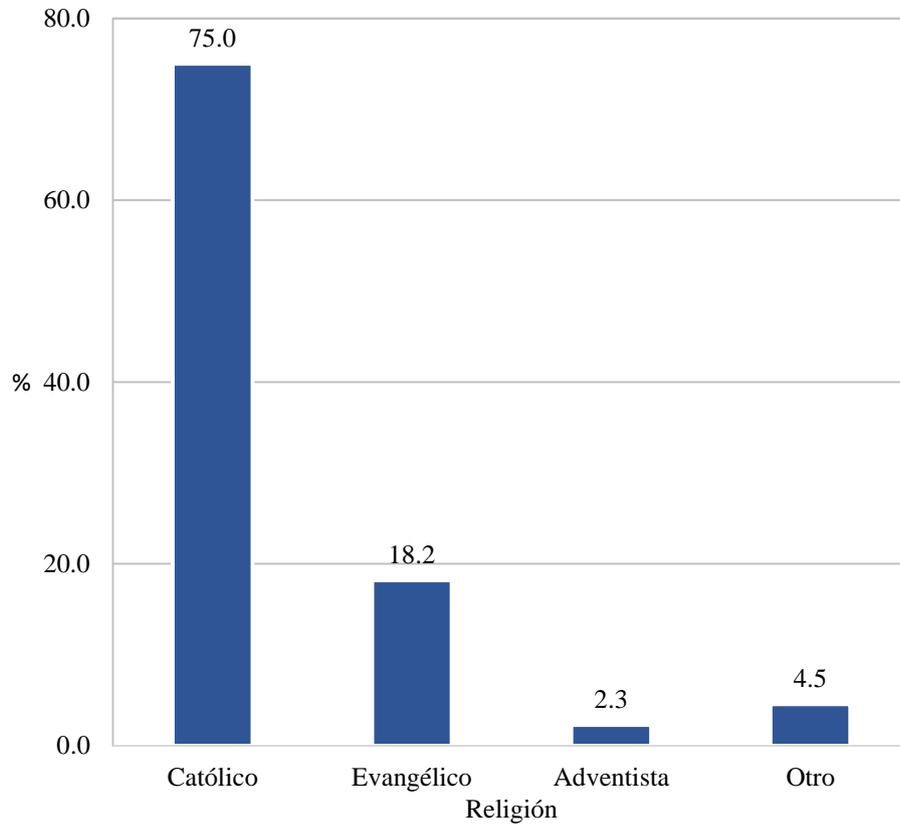
Distribución del grado de instrucción del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 2

Gráfico 5

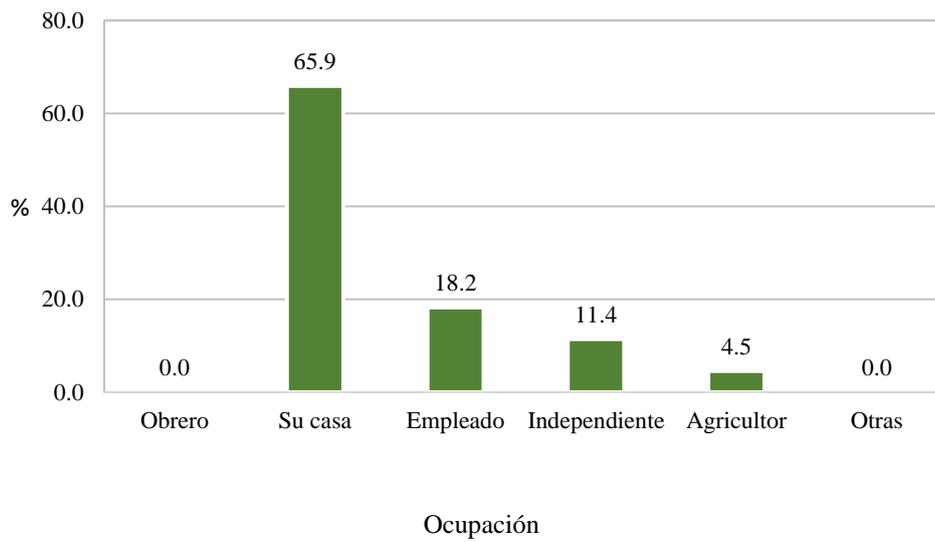
Distribución de la religión del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 2

Gráfico 6

Distribución de la ocupación del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 2

Tabla 3

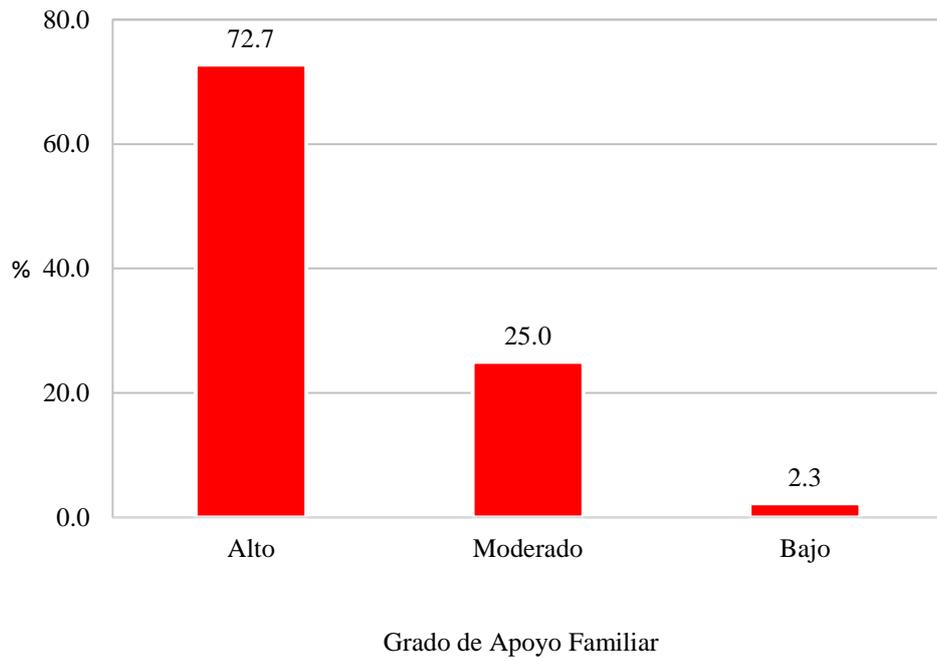
Grado de Apoyo Familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Grado de Apoyo Familiar	N°	%
Alto	32	72,7
Moderado	11	25,0
Bajo	1	2,3
Total	44	100,0

Fuente: Cuestionario del Grado de Apoyo Familiar en el Adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco en el 2017 (Anexo 2).

Gráfico 7

Grado de apoyo familiar del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

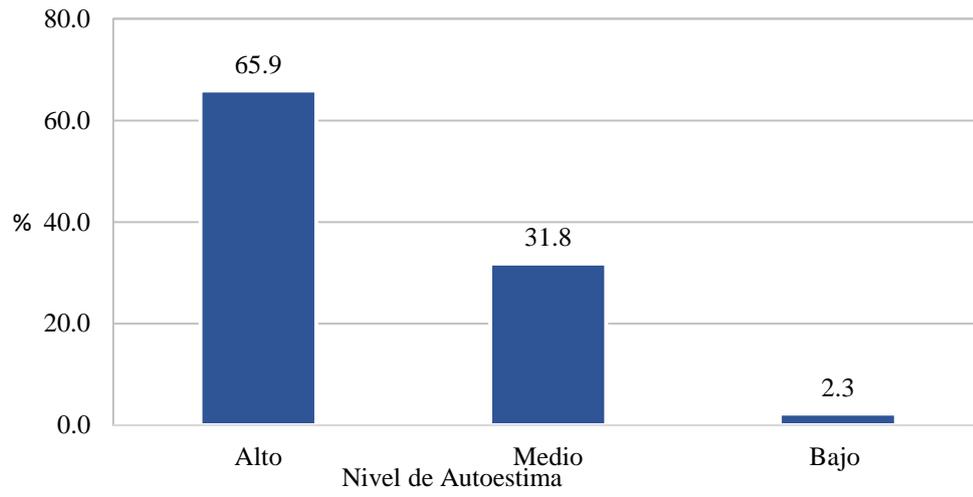
Nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Nivel de Autoestima	N°	%
Alto	29	65,9
Medio	14	31,8
Bajo	1	2,3
Total	44	100,0

Fuente: Cuestionario de Escala de Valoración de Autoestima en el Adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco en el año 2017 (Anexo 3).

Gráfico 8

Nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

Factores biológicos en relación al nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Factores Biológicos	Nivel de Autoestima								Estadístico	
	Alto		Medio		Bajo		Total		X ²	P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad										
20 a 40 años	2	6,9	0	0,0	0	0,0	2	4,5	0,31	0,58
41 a 65 años	16	55,2	7	50,0	1	100,0	24	54,5		
> 65 años	11	37,9	7	50,0	0	0,0	18	41,0		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44,0	100		
Sexo										
Femenino	19	65,5	8	57,1	1	100,0	28	63,6	0,13	0,72
Masculino	10	34,5	6	42,9	0	0,0	16	36,4		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	63,6		

Resultados de la x², p>0,05

Fuente: Tablas 1 y 4

Tabla 6

Factores sociales en relación al nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Factores Sociales	Nivel de Autoestima								Estadístico	
	Alto		Medio		Bajo		Total		X ²	P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Estado Civil										
Soltero	4	13,8	3	21,4	0	0,0	7	15,9	0,94	0,63
Casado	14	48,3	4	28,6	1	100,0	19	43,1		
Viudo	6	20,7	3	21,4	0	0,0	9	20,5		
Divorciado	5	17,2	4	28,6	0	0,0	9	20,5		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	100,0		
Grado de Instrucción										
Analfabeto	1	3,4	2	14,3	0	0,0	3	6,8	2,23	0,53
Primaria	21	72,4	10	71,4	1	100,0	32	72,7		
Secundaria	5	17,2	1	7,1	0	0,0	6	13,7		
Superior	2	6,9	1	7,1	0	0,0	3	6,8		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	100,0		
Religión										
Católico	23	79,3	10	71,4	0	0,0	33	75,0	0,84	0,36
Evangélico	4	13,8	4	28,6	0	0,0	8	18,2		
Adventista	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,3		
Otro	1	3,4	0	0,0	1	100,0	2	4,5		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	100,0		
Ocupación										
Obrero	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2,07	0,35
Su casa	20	69,0	9	64,3	0	0,0	29	65,9		
Empleado	6	20,7	1	7,1	1	100,0	8	18,2		
Independiente	3	10,3	2	14,3	0	0,0	5	11,4		
Agricultor	0	0,0	2	14,3	0	0,0	2	4,5		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	100,0		

Resultados de la χ^2 , $p > 0,05$

Fuente: Tablas 3 y 4

Tabla 7

Grado de apoyo familiar en relación al nivel de autoestima del adulto con Diabetes Mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco, 2017.

Grado de Apoyo Familiar	Nivel de Autoestima								Estadístico	
	Alto		Medio		Bajo		Total		X ²	P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Alto	22	75,9	10	71,4	0	0,0	32	72,7		
Moderado	6	20,7	4	28,6	1	100,0	11	25,0	1,4	0,04
Bajo	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	2,3		
Total	29	100,0	14	100,0	1	100,0	44	100,0		

Resultados de la χ^2 , $p < 0,05$

Fuente: Tablas 3 y 4

4.2 Análisis de Resultados

En la Tabla 1. Factores biológicos del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa que el 54,5% son de 41 a 55 años de edad , el 41,0 % más de 65 años y el 4,5% de 20 a 40 años de edad. El 63,6% son de sexo femenino y el 36,9% sexo masculino.

No se encontró trabajos de investigación con resultados similares a los del presente estudio a nivel local.

Estos resultados en cuanto a la edad se diferencia a los encontrados por Ríos E y Prado M. (21), en su estudio “Factores biosocioculturales y nivel de prácticas de autocuidado en pacientes adultos diabéticos tipo II Hospital Víctor Lazarte Echegaray Trujillo en el año 2007-2008”, donde el 56,4% son adultos maduros y se asemeja con el sexo, donde el 65,6% son de sexo femenino comparado al 63,6% del estudio.

La edad influye en gran medida sobre el nivel de información que el personal de salud le proporciona acerca del tratamiento, de su entorno, trabajo y/o salud en el adulto. Así mismo el desarrollo del adulto se ve marcado por acontecimientos típicos, propios conforme avanza la edad: enfermedades crónicas, jubilación, nuevos roles, pérdidas familiares o la proximidad de la muerte (14).

Una característica de la población adulta es que a medida que avanzan los años, se presenta una creciente en el sexo femenino. Situación que está asociada a la edad de esperanza de vida que alcanzan las mujeres con respecto

a los hombres, actualmente es de 72 años para éstos mientras que las mujeres llegan a 77 años (7).

La prevalencia de la diabetes mellitus es consecuencia de una serie de factores como la mayor longevidad de la población y el progresivo incremento de la obesidad y el sedentarismo, el origen étnico, la edad (predominio por encima de los 40 años), el sexo (predominio en mujeres con relación 2:1 respecto a los hombres). La salud de varones y mujeres es diferente y es desigual (30).

Es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar, y es desigual por que las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferentes a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. En la variable sexo la desigualdad se da por los resultados de las posibles complicaciones a largo plazo, así como la morbilidad y mortalidad es diferente entre hombres y mujeres, para lo cual se debe buscar determinantes de género (30).

En Otuzco prevalece la diabetes mellitus tipo II en adultos de sexo femenino entre las edades de 41 a 65 años de edad, lo que concuerda con la Organización Mundial de la Salud en MINSA (5), donde señala que la diabetes mellitus es la sexta causa de enfermedad y la primera en personas de 45 a 59 años de edad, siendo ellas las que se encargan de la casa, de la nutrición y de su propia salud.

En la Tabla 2. Factores sociales del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de control de enfermedades no transmisibles del

Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa según el estado civil el 43,1% son casados, el 20,5% viudos así como divorciados el mismo porcentaje y 15,9% solteros; con el 72,7% tienen primaria, 13,7% secundaria y 6,8% analfabetos igual porcentaje que los de grado de instrucción superior; con respecto a la religión el 75% son católicos, 18,2% evangélicos, 4,5% tienen otra religión y 2,3% son adventistas y en la ocupación el 65,9% se dedican a su casa, 18,2% son empleados, 11,4% tienen trabajo independiente y 4,5% son agricultores.

Estos resultados en cuanto al estado civil, al grado de instrucción y religión se diferencian a los encontrados por Becerra A. (18), en su estudio “Algunos Factores biopsicosociales en el nivel de Autoestima del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus tipo II en Chepén en el año 2010”, donde el 45,1% son casados comparado al 43,1% del estudio. En grado de instrucción 44,3% tienen primaria comparados al 72,7% del estudio, en religión el 52,9% son católicos comparados al 75% en el estudio.

Los resultados de grado de instrucción y en la ocupación se asemejan con los encontrados por Ríos E, Prado M. (21), en su estudio “Factores biosocioculturales y nivel de prácticas de autocuidado en pacientes adultos diabéticos tipo II Hospital Víctor Lazarte Echeagaray Trujillo en el años 2007-2008 “, donde el 41,2% tuvieron grado de instrucción secundaria, el 68,9% tienen ocupación estable comparado al 65,9% del estudio.

Los resultados de ocupación, grado de instrucción y estado civil se diferencian con los encontrados por León Z. (23), en su estudio “Autocuidado

y su relación con factores socioculturales del paciente diabético del programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2013, donde el 32% fueron obreros, independientes el 16%, ama de casa 12%, no trabajan el 24% y otros 16%, con estado civil solteros el 26%, casados 20%, viudos 26%, conviviente el 28%, en grado de instrucción el 14% analfabetos, primaria incompleta el 20%, completa 20%, con secundaria 20% y superior el 16%.

El estado civil es importante en la integración social que compensa muchas pérdidas de la adultez así como genera actividades de familia, es el estilo de vida compartida con la pareja e hijos. Los solteros dedican mayor tiempo para el desarrollo personal y el trabajo poseen mayor integración social y estilos de vida variables; lo que no sucede con los casados o viudos que tienen que asumir otros roles. En cuanto al grado de instrucción este permite a las personas informarse por cualquier modo sobre el cuidado integral de la salud, por el contrario las personas que tienen bajo nivel de instrucción presentan una barrera limitada para captar y poner en práctica los conocimientos impartidos por los educadores de la salud en relación a los cuidados que se deben tener en la diabetes mellitus tipo II (10,14).

En cuanto a religión Potter (12), lo define como conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, está asociada comúnmente al estado de acción, o a un sistema específico de prácticas con la denominación de secta o forma de culto, le sirve con diferentes propósitos en la vida, para algunos es un conjunto de reglas o rituales para adorar a un ser supremo, ello le

proporciona cierta seguridad y estímulo para enfrentar el rol que le toca vivir sin dejar de lado su cuidado personal.

Por otro lado, el adulto necesita satisfacer sus demandas personales a través de la ocupación en las áreas en las que se desempeña, en la actividad productiva, en las actividades básicas cotidianas, y del tiempo libre cuidando su salud. Dentro del cuidado del paciente diabético abarca la prevención complicaciones y el restablecimiento e integración de las capacidades de cada persona con su identidad particular, siendo necesario para asegurar al máximo nivel de desempeño ocupacional y social (15).

En la población en estudio los factores sociales encontrados en el adulto con diabetes mellitus de la que padecen tiene la mayoría un grado de instrucción primaria lo que significa que pueden adquirir un nivel de conocimiento sobre su enfermedad, prevención y así evitar complicaciones a pesar de no tener educación permanente sobre su enfermedad. Además son adultos diabéticos que en su condición de casados desempeñan algunos roles, apoyando en el cuidado de sus nietos y en las actividades del hogar pues los resultados demuestran que el alto porcentaje en ocupación es que se dedican a la casa. Son adultos católicos que tienen una creencia inmensa en la Virgen de la Puerta, en su poder de sanación, de milagros, de protección venerándola siempre.

En la Tabla 3. Grado de apoyo familiar del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de Control de Enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se

observa que el 72,7% tienen alto grado de apoyo familiar, el 25% moderado y el 2,3% bajo.

Éstos resultados se asemejan a los encontrados por Alva D, Escobedo A. (22), en su estudio “Apoyo Familiar y su relación con el autocuidado de la persona adulta mayor con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Es salud Albrecht Trujillo en el año 2010 donde 67,4% presentaron buen nivel de apoyo familiar, 28,1% regular y 4,5% deficiente.

Los resultados encontrados se diferencian a los encontrados por Ellen K, Padilla K. (24), en su estudio “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar en el Centro de Salud Salaverry Trujillo en el año 2015 donde se encontró el 13,8% con alto grado de apoyo familiar, moderado 80,9% y bajo el 5,3%. Así mismo también difieren a los encontrados por Cusi M, Marín A. (17), en su estudio “Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa en el año 2017, donde el 22 % presentan alto apoyo familiar, mediano 48,8% y bajo 29%.

El apoyo familiar es un factor protector que facilita el proceso de recuperación de enfermedades y ayuda a conservar la salud psicológica y autoestima, así como la salud social de sus integrantes proporcionando ayuda y apoyo a sus miembros en época de problemas, dando la sensación de que es amado y que la carga se comparte con otros, brindándole seguridad y capacidad de valerse por sí mismo, contribuyendo en la familia a la

aceptación del proceso de enfermedad. Aquellas personas diabéticas que tienen un bajo apoyo familiar y una alta necesidad de él pueden encontrarse en riesgo de adoptar una actitud negativa hacia sus propios cuidados afectando de manera inversa las respuestas al tratamiento y a la enfermedad (15).

De acuerdo con los resultados en el estudio se encontró alto grado de apoyo familiar siendo que los pacientes diabéticos tienen algunos roles en la casa como el de criar nietos, viviendo en familia con hijos y nietos, reciben el apoyo emocional de los miembros de la familia conservando su identidad como persona. La convivencia con sus familiares le permite al adulto en estudio adaptar su estilo de vida continuando con su tratamiento adaptándolo a sus costumbres.

En la Tabla 4. Nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de Control de Enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa que el 65,9% presentan un alto nivel de autoestima seguidos del 31,8% un nivel medio de autoestima y el 2,3% un bajo nivel de autoestima.

No se han encontrado a nivel local trabajos de investigación con resultados similares a los de estudio.

Éstos resultados difieren a los encontrados por Calderón H.(20), en su estudio “Factores psicosociales que influyen en el abandono del tratamiento del paciente hipertenso del Programa del Adulto con Enfermedades Crónicas en la Posta Médica de Limocarro- Guadalupe Essalud

2013” donde el 59,4% presentan un nivel de autoestima alto y 40,6% nivel de autoestima bajo. También difieren a los encontrados por Pajuelo L, Salvatierra G. (19), en su estudio “Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital II Chocope en el año 2015, donde el 16.4% presentan nivel de autoestima alto, el 50,7% nivel de autoestima medio y el 32,9% nivel de autoestima bajo.

La teoría de Rosenberg (25) define que la autoestima está basada en los pensamientos, sentimientos y comportamientos positivos y negativos de la persona, señala que la autoestima positiva permite enfrentarse a la vida con mayor confianza y optimismo disminuyendo el estrés y la angustia para poder sobrellevar una enfermedad, orientándole a seguir su vida con optimismo.

La autoestima es un factor importante que se valora en el paciente con diabetes mellitus tipo II porque se relaciona con los cambios fisiológicos que acompañan el proceso de la enfermedad, pero muchas veces estos pacientes carecen de apoyo emocional y falta de cariño, están atemorizados, ansiosos y suelen sentir una gran soledad y tensión; es por ello que para enfrentar la enfermedad deben estar en posibilidad de solicitar o recibir apoyo de los demás principalmente de las personas más allegadas a ellos, que le permitan fortalecer su autoestima ya que pasan por distintas fases, desde la negación de la enfermedad, la ira, el abandono o la depresión hasta la aceptación, por tal motivo el papel de la enfermera y la familia es importante y debe centrarse en favorecer el dialogo (14).

De los resultados encontrados los pacientes presentan en mayoría un nivel de autoestima alto probablemente se deba al apoyo que reciben de los miembros de su familia por los mismos roles de apoyo que desempeñan se preocupan de alguna manera de la salud de sus miembros integrantes de la familia, así mismo le brindan la seguridad emocional que todo adulto necesita para llevar su enfermedad con menos complicaciones y no sentirse una carga.

En la Tabla 5. Factores biológicos en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de Control de Enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa que según la edad los adultos entre las edades de 41 a 65 años presentan un alto nivel de autoestima con un 55,2%, medio 50,0% y bajo 100%. En sexo femenino el 65,5% tienen alto nivel de autoestima, es medio 57,1% y un 100% un nivel bajo. Aplicando la prueba de chí cuadrado se observa que ninguno de los factores biológicos presenta suficiente evidencia estadística de relación con el nivel de autoestima ($p>0,05$).

En las etapas de 40 a más de 65 años, el adulto por la complejidad del cuerpo humano y su biología puede repercutir sobre la salud de manera múltiple, variada y grave, contribuyendo a la presencia de problemas de salud y hasta la mortalidad, son las etapas en las que algunas personas han adquirido hábitos poco saludables, por lo que se presentan las enfermedades crónicas y deterioro de las habilidades sensoriales (2).

El paciente con diabetes mellitus tipo II, tiene que modificar su estilo de vida y las limitaciones lo hace sentirse discriminado, deprimido, lo que

podría disminuir si tiene fortalecida su autoestima, pues esta permite a los pacientes enfrentarse a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, y por consiguiente alcanzar más fácilmente sus objetivos y autorrealización (6).

Los resultados encontrados en el presente estudio de investigación donde no hay significancia estadística de relación entre los factores biológicos con el nivel de autoestima en el adulto probablemente se deba a que son personas adultas en su mayoría y de sexo femenino que tienen hábitos, costumbres establecidas en su vida, siguen con su familia (hijos, nietos), lo que les fortalecen y les ayuda a conllevar día a día su enfermedad con optimismo, confianza, logrando su autorrealización.

En la Tabla 6. Factores sociales en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de Control de Enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa que en el estado civil el 48,3% es casado y se relaciona con el alto nivel de autoestima, un 28,6% nivel medio y 100% con bajo nivel de autoestima; según el grado de instrucción de primaria se relaciona con alto nivel de autoestima, 71,4% medio y con un 100% bajo; en religión se observa que es católico el 79,3% que se relaciona con alto nivel de autoestima, nivel medio 71,4% y nivel bajo 0%. En la ocupación de los adultos trabajan en su casa el 69% y se relaciona el alto nivel de autoestima, 64,3% nivel medio.

Aplicando el análisis estadístico inferencial a los datos a través de la prueba χ^2 cuadrado con un nivel de significancia 5% para contrastar la hipótesis planteada, los resultados muestran que no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que existe relación entre la variable factores sociales y los indicadores y la de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017, es decir no existe significancia estadística $p > 0.05$ probándose la hipótesis nula H_0 .

Dentro de los factores de riesgo de diabetes mellitus se tiene en relación al medio ambiente, la urbanización y el riesgo ocupacional donde se considera el sedentarismo, alimentación malsana o el estrés. En relación a las horas largas de jornada laboral existiría un incremento del 30% de riesgo y en los factores hereditarios se encuentran los antecedentes familiares de diabetes mellitus de primer grado de consanguinidad. Así mismo también es considerado como otro factor de riesgo el bajo grado de instrucción por el desconocimiento de una vida saludable (10,11).

Todos estos factores mencionados influyen de manera directa o indirecta, favoreciendo o complicando la salud de los pacientes que presentan diabetes mellitus II, por ello el personal de salud debe considerar prioritario la educación teniendo en cuenta características biológicas y socioculturales, así como incluir por lo menos a un miembro de la familia, considerando al paciente, personal de salud y familia como una unidad del cuidado integral de salud (3).

En los resultados encontrados en el estudio los factores sociales no tienen relación estadística con el nivel de autoestima, el porcentaje elevado en los adultos en estudio tienen alto nivel de autoestima, son de estado civil casados, grado de instrucción primaria, son de religión católica y de ocupación su casa, son adultos que viven con esposos o familiares, están en constante actividad por los roles que desempeñan como esposas, madres o abuelas, así mismo tienen un nivel de conocimiento que les permite cuidarse, evitar complicaciones y recibir más educación sobre su enfermedad y son las que más acuden a la misa, creyentes que van adorar a Dios y a la Virgen de la Puerta.

En la Tabla 7. Grado de apoyo familiar en relación al nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acude al Programa de Control de Enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez en Otuzco 2017, se observa que en el grado de apoyo familiar alto 75,9% se relaciona con alto nivel de autoestima, el 71,4% con nivel medio y un 0% nivel bajo, el grado de apoyo familiar moderado 28,6% presentan nivel de autoestima medio. Al aplicar la prueba estadística chi cuadrado para contrastar la hipótesis planteada, los resultados muestran que existe relación estadística significativa, aceptándose la hipótesis alternativa $p < 0.05$.

El apoyo familiar definida como ayuda brindada por el grupo familiar que puede influenciar en la conducta del adulto en forma positiva como negativa, produciendo comportamientos amigables u hostiles, cooperativas o individualistas, las cuales intervienen en el impacto de algún

factor de riesgo favoreciendo o dificultando la vivencia del adulto con diabetes (15).

La presencia constante de familiares durante su tratamiento y cuidados, de especial importancia el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas; esto último, se refiere a la calidad de vida, factor que va mucho más allá de disminuir las afecciones propias de la enfermedad, ya que juega un papel crucial en la evolución del tratamiento médico debido a la influencia anímica que tiene el paciente (14).

Para García (15), la autoestima es la convicción basada en la experiencia, el hecho de sentirse valioso, merecedor, capaz y competente, es decir, de tener un derecho a satisfacer las necesidades vitales y a ser feliz, estar apto para afrontar adecuadamente los desafíos de la vida como es el problema de salud, la diabetes mellitus II, aceptar el tratamiento adecuadamente evitando complicaciones. Así pues, la autoestima resulta de la interacción de dos componentes: merecimiento y competencia y lograr metas, y el merecimiento con lo cognitivo, el juicio o creencia sobre sí mismo. Además, la autoestima actúa como una fuerza que organiza la percepción, la experiencia y moldea la conducta a lo largo del tiempo. Es decir, la autoestima proporciona estabilidad y al mismo tiempo permanece abierta al cambio.

La relación estrecha que existe entre el apoyo familiar y el nivel de autoestima se debe a que el adulto en estudio aún vive con integrantes de su familia como hijos, tienen a sus nietos y esposos o esposas aún a su lado, y

todo ello hacen que se sienta valioso, capaz de llevar su enfermedad de la que padecen diabetes mellitus satisfaciendo necesidades vitales y son felices compartiendo con sus familiares, recibiendo compañía, amor.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En el estudio de Relación de los factores biosociales, grado de apoyo familiar con el nivel de autoestima del adulto con diabetes mellitus tipo II que acudió al Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco, 2017 se concluye que:

- 1- El mayor porcentaje de los adultos con diabetes mellitus tipo II se encuentran entre las edades de 41 a 65 años de edad, son de sexo femenino, de estado civil casado, con grado de instrucción primaria, religión católica y de ocupación en casa.
- 2- La mayoría de los adultos con diabetes mellitus tipo II presentan un alto grado de apoyo familiar en relación al alto nivel de autoestima, aplicando la prueba chi cuadrado para la contrastación de hipótesis se observa suficiente evidencia estadística para afirmar relación significativa entre las variables probándose la hipótesis alternativa H2.
- 3- Los factores biosociales e indicadores del adulto con diabetes mellitus tipo II no presentan suficiente evidencia estadística de relación significativa con el nivel de autoestima $p > 0.05$.

5.2 Recomendaciones

De los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

- 1- Socializar los resultados obtenidos en la investigación con los responsables del Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco para considerarlos en la promoción y prevención de la diabetes mellitus tipo II evitando complicaciones.
- 2- Elaborar y desarrollar planes de capacitación permanente a los adultos con diabetes mellitus tipo II y familia.
- 3- Elaborar y desarrollar capacitación continua al personal encargado del Programa de control de enfermedades no transmisibles del Hospital Elpidio Berovidez Pérez de Otuzco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Papalia D, Wendkus S, Duskin R. Desarrollo Humano. 10ma ed. México. Mc Graw Hill. 2012.
- 2- Kail R, Cavanaugh y Thomson J. Desarrollo Humano. 3ra ed. México. Mc Graw Hill. 2006.
- 3- Ministerio de salud. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. Plan de Atención Integral del Cáncer. Perú. Ministerio de salud. 2012.
- 4- Instituto Nacional de estadística e informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. Perú. INEI. 2016.
- 5- MINSA. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la DM tipo 2 en el primer nivel de atención. Resolución Ministerial N° 719-2015. Perú. 2015.
- 6- Yago R. Autoestima 2015 de [www.monografias.com/trabajos 16/autoestima/autoestima.shtml](http://www.monografias.com/trabajos16/autoestima/autoestima.shtml).
- 7- Oficina de Estadística e Informática del Hospital Elpidio Berovidez Pérez, Otuzco 2017.
- 8- Goday S. Epidemiología de la diabetes mellitus en España. Med Clin (Barcelona). 2000.
- 9- Goday A, Delgado E, Endocrinología y nutrición. España. El Sevier. 2015; Vol. 49, N°4, Abril.
- 10- Dugas B. Tratado de enfermería práctica. 4ta ed. México. Editorial Interamericana. 2000.

- 11- Cárdenas Y, Molero G, Huallpa F. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes del hospital I Essalud. Quillabamba. Sutua. 2003.
- 12- Potter P. Fundamentos de enfermería. 8va ed. España. Elsevier España. 2015.
- 13- Reyes F, Pérez M, Figueroa E, Ramy M. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. SCIELO. 2016. Vol. 20 N°1.
- 14- Pinto N. Comunicación y Cuidado. En dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2008.
- 15- García V. Autoestima. Diciembre 2011 de <http://www.Monografias.com/trabajo5/autoest/autoest.shtml>
- 16- Gonzales P. El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con DM tipo 2. México. Wasapa. 2011. Vol. 2 (5).
- 17- Cusi M, Marín A. Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio externo de endocrinología del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa. Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, 2017.
- 18- Becerra A. Algunos factores biosicosociales en el nivel de autoestima del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo II en Chepén, Tesis para obtener el grado de maestra en salud pública. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2012.
- 19- Pajuelo L, Salvatierra G. Autoestima y calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Chocope. Tesis para obtener

- el grado de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
- 20- Calderón H. Factores psicosociales que influyen en el abandono del tratamiento del paciente hipertenso del programa del adulto con enfermedades crónicas en la Posta de Limoncarro-Guadalupe. Tesis para obtener el grado de maestra en salud pública. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
- 21- Ríos Y, Prado M. Factores biosocioculturales y nivel de prácticas de autocuidado en pacientes adultos diabéticos tipo II Essalud HVLE, Trujillo. Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2007-2008.
- 22- Alva D, Escobedo A. Apoyo familiar y su relación con el autocuidado de la persona adulto mayor con diabetes mellitus tipo II en el Hospital Albrecht Trujillo. Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2010.
- 23- León Z. Autocuidado y su relación con factores socioculturales del paciente diabético del programa de diabetes del Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis para obtener el grado de magister en salud pública. Trujillo: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2013.
- 24- Ellen K, Padilla K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar en el Centro de Salud Salaverry Trujillo. Tesis para optar el grado de licenciada en enfermería. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015.
- 25- Rosenberg. Psicología Clínica. La Escala de Rosenberg. 2017 de

<https://psicologiaymente.net/clínica/escala-autoest-rosenb>

- 26- Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. España. Elsevier España. 2011.
27. Hernández C. Fernández R, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6ta edición. Edit MC Graw Hill. México. 2014.
28. Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. Tomo I. 9na ed. Editorial Pearson Educación. México, 2013.
29. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta ed. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2002.
30. Sanden M, Escolar A. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. Avances en Diabetología. 2011. Vol. 27 N°3. España.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ANEXO 1

**CUESTIONARIO DE FACTORES BIOSOCIALES DEL ADULTO CON
DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDIÓ AL PROGRAMA DE
CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES HOSPITAL
ELPIDIO BEROVIDEZ PÉREZ. OTUZCO 2017.**

AUTORA: Raquel Castillo Lázaro.

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas a las que usted deberá responder marcando con una X la alternativa que Usted crea conveniente. La encuesta es anónima, los datos solo serán utilizados para el estudio, no serán publicados.

Muchas Gracias.

1- FACTORES BIOLÓGICOS

1.1 EDAD

- 20 a 40 años
 40 a 65 años
 Más de 65 años

1.2 SEXO: Femenino Masculino

2- FACTORES SOCIALES

2.1 ESTADO CIVIL

- Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente

2.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN

- Analfabeto Primaria Secundaria Superior

2.3 RELIGION

- Católico Evangélico Adventista Otro.....

2.4 OCUPACION

- Obrero Su casa Empleado Independiente
 Agricultor

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
 MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

ANEXO 2

**CUESTIONARIO DEL GRADO DE APOYO FAMILIAR DEL ADULTO
 CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDIÓ AL PROGRAMA DE
 CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES HOSPITAL
 ELPIDIO BEROVIDEZ PÉREZ. OTUZCO 2017.**

AUTOR: Calderón H.

MODIFICADO Por Raquel Castillo Lázaro.

Instrucciones: A continuación, le presentamos algunas preguntas las cuales describen situaciones o estados que probablemente pueden ocurrir. Lea cada una de las preguntas, así como las opciones posibles, marque con una (X) la respuesta que coincida con su manera de actuar o sentir en la columna correspondiente, la encuesta es anónima y confidencial.

Muchas gracias.

ENUNCIADOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1- Mi familia me brinda apoyo cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
2- Mi familia comparte tiempo conmigo.			
3- Mi familia me alienta día a día para luchar contra la enfermedad de diabetes.			
4- Hay ocasiones en las que desearía dejar mi casa, mi familia.			
5- En casa respetan mis sentimientos, no me dejan solo(a).			
6- Mi familia comprende mi estado de salud y me acompañan.			
7- Mi familia acepta y apoya mis deseos de realizar nuevas actividades.			
8- Mis familiares me prestan atención cuando estoy nervioso/a, preocupado/a o triste.			
9- Mis familiares me brindan información acerca del tratamiento que recibo y que efectos secundarios produce.			
10- Cuento con el apoyo económico de mis familiares, para mi medicina y alimentos indicados.			
11- Mis familiares creen que soy una carga.			

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
 ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
 MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

ANEXO 3

**CUESTIONARIO DE ESCALA DE VALORACIÓN DE AUTOESTIMA DEL
 ADULTO CON DIABETES MELLITUS TIPO II QUE ACUDIÓ AL
 PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
 DEL HOSPITAL ELPIDIO BEROVIDEZ PÉREZ. OTUZCO 2017.**

AUTOR: Morris Rosenberg.

Instrucciones: Estimado Sr(a) el presente cuestionario tiene la finalidad de conocer el nivel de autoestima en usted, es anónimo y confidencial, los datos son solo con fines de investigación.

A continuación, leerá afirmaciones respecto a su forma de ser o de sentir, deberá indicar su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de ellas teniendo en cuenta la siguiente escala:

CA.....Completamente de acuerdo

A.....De Acuerdo

D..... En desacuerdo

CD..... Completamente en desacuerdo

ITEM	CA	A	D	CD
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullos/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ESCALA DE PUNTUACION

De 30 a 40 puntos: Autoestima Alta

De 26 a 29 Puntos: Autoestima Media

Menos de 25 puntos: Autoestima Baja