



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“Relación entre automanejo y funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarias de 7 centros de salud Red Túpac Amaru– 2018”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Autor

Moreno Ramirez, Lorena Cecilia

Asesor(es)

Mgt. Tejada Torres, Tania Elisa

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no trasmisibles

LIMA – PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Moreno Ramirez, Lorena Cecilia con DNI N° 73092056, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Escuela Profesional de Enfermería, declaro bajo solemne juramento que toda documentación que adjunto es de completa veracidad y autenticidad. En tal sentido asumo la responsabilidad de encontrarse falsedad, ocultamiento u omisión de datos en la presente investigación, por tanto, me someto a lo dispuestos por las Normas Éticas y Académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima 16 de Abril del 2018

.....
MORENO RAMIREZ, LORENA

DEDICATORIA

A mi padre que pese a su enfermedad ha logrado que yo pueda ejercer esta profesión que me da tantas alegrías y experiencias, que me ha apoyado en todo este proceso de aprendizaje, y que gracias a él es que este trabajo se encuentra inspirado, en su constantes dolencias que la enfermedad le provoca, y que aun así logro que hoy sea la enfermera que seré

AGRADECIMIENTO:

A mis padres y maestros, a todas las personas que me han apoyado en el proceso de construcción de la investigación. A la universidad Cesar vallejo por las facilidades para la ejecución del trabajo y a todos los entrevistados por su participación

PRESENTACION

A los presentes, y miembros del jurado pertenecientes a la Escuela Académico Profesional (EAP) de enfermería de la Universidad Cesar Vallejo (UCV) – Lima Norte, se les presenta la siguiente tesis titulada: “Relación entre automanejo y funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarias de 7 centros de salud Red Túpac Amaru– 2017”, la misma que cumple con los requisitos previamente establecidos por la EAP y el Área de Investigación de la UCV.

La siguiente investigación se encuentra dividida en 8 capítulos, con los contenidos requeridos para la misma:

En el capítulo I se encuentra redactada la realidad problemática, la mención de investigaciones previas, además de la fundamentación teórica consistente con las variables “Funcionalidad Familiar” y “Automanejo” con sus correspondientes dimensiones, encontramos también el planteamiento del problema, su justificación y objetivos, adicionándose además el planteamiento de hipótesis.

En el capítulo II se presentan redactadas, la metodología del estudio a la que la componen la población muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, además de las técnicas de recolección y análisis de datos.

Se puede observar en el capítulo III la exposición de resultados y su interpretación correspondiente de manera clara, y planteada a través de tablas, mientras que en el capítulo IV encontramos la narrativa de la discusión de resultados en contraste con antecedentes y base teórica.

En el capítulo V se encuentran descritas las conclusiones, y en el VI se encuentran las recomendaciones redactadas por el autor.

Finalmente en el VII capítulo se encuentran escritas las referencias bibliográficas bajo la norma “Vancouver” y en el capítulo VIII podemos encontrar los anexos, como los instrumentos aplicados y la Matriz de consistencia.

Atentamente,

La Autora

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. Introducción
 - 1.1. Realidad problemática
 - 1.2. Trabajos previos
 - 1.3. Teorías relacionadas con el tema
 - 1.4. Formulación del problema
 - 1.5. Justificación del estudio
 - 1.6. Hipótesis
 - 1.7. Objetivos:
 - 1.7.1. Objetivos generales
 - 1.7.2. Objetivos específicos
2. Métodos
 - 2.1. Diseño de investigación
 - 2.2. Población y muestra
 - 2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad
 - 2.4. Métodos de análisis de datos
 - 2.5. Variables, operacionalización
 - 2.6. Aspectos éticos
3. Resultados
4. Discusión
5. Conclusiones
6. Recomendaciones
7. Referencias
8. Anexos
 - 8.1. Instrumentos
 - 8.2. Matriz de consistencia

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal analizar la relación entre las variables nivel de automanejo y la funcionalidad familiar de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru, es un estudio de tipo cuantitativo relacional de corte transversal, se utilizó la medición basal de un estudio matriz que constó con una población de 210 personas, con un muestreo no probabilístico previa selección de los pacientes, como una muestra de 69 personas, se realizó la aplicación de los instrumentos: "Partners in Health Scale" encargado de medir la variable automanejo brindando resultados de tipo cuantitativo y medido a través de media proporcional, y "APGAR familiar" que midió la variable funcionalidad familiar con el que se obtuvo resultados de tipo cualitativo ordinal medido a través de frecuencias y porcentajes. Resultados: con respecto a las características sociodemográficas, el 76.5% fueron mujeres, se evidenció un predominio de familias extensas (42.6%) mientras que edad promedio fue de 61 años, con respecto a la variable automanejo, se presentó una media de 65.1 pts como índice general, en el nivel de conocimientos se presentó una media de 11.31 pts, 36.59pts como promedio en la dimensión "adherencia al tratamiento, y 17.21 pts en la dimensión "manejo de síntomas", con respecto a la funcionalidad familiar el 60.2% de pacientes percibieron algún tipo de disfunción familiar. Conclusiones: Automanejo como índice general y cada una de sus dimensiones presentaron un nivel regular, y se presentó los tres niveles de disfunción familiar (leve, moderada y severa), además no se encontró asociación positiva entre las variables "Automanejo y Funcionalidad Familiar".

ABSTRACT

The main objective of this research is to analyze the relationship between the self-management level variables and the family functionality of patients with diabetes mellitus from 7 health centers of the Network. Túpac Amaru, is a cross-sectional quantitative relational study A control panel with a population of 210 people was used, with a non-probabilistic sample, previously selected from the patients, with a sample of 69 people, the application of the instruments was carried out: "Partners in Health Scale". The person in charge of measuring the variable of automation provides results of a quantitative and measured type through proportional means, and "APGAR familiar" that measured the familiar family variable with which he obtained ordinal qualitative results measured through frequencies and percentages. Results: with respect to sociodemographic characteristics, 76.5% were women, a predominance of extended families was observed (42.6%) while the average age was 61 years, with respect to the automatic variable, an average of 65.1 points was presented. as a general index, in the level of knowledge an average of 11.31 pts was presented, 36.59 pts on average in the dimension "adherence to work, and 17.21 pts in the dimension" symptom management ", with respect to the family familiar 60.2% of patients perceived some type of family dysfunction Conclusions: Automanejo as a general index and each of its levels has a regular level, and there were three levels of family dysfunction (mild, moderate and severe), and no positive association was found between the variables "Automanejo and Familiar Functionality".

I. INTRODUCCION

1. REALIDAD PROBLEMÁTICA:

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) comprenden un grupo de alteraciones funcionales que provocan en la persona las padece ciertos problemas de salud que se mantienen persistentes en el tiempo limitándolos en el desarrollo de sus actividades diarias y su interacción social, siendo de los más comunes los trastornos de la salud física y fatiga, acompañados por estrés, calidad de vida regular, y dificultad para poder conciliar el sueño.¹

Una de las enfermedades con gran prevalencia en el mundo es la diabetes mellitus (DM) que es causada por el sobrepeso o la falta de ejercicio físico, la alimentación no balanceada y el consumo indiscriminado de alimentos no saludables, siendo estos algunos desencadenantes de dicho padecimiento, el cual no tiene cura y se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones corporales.

La Organización mundial de la salud (OMS) estima que la prevalencia de diabetes mellitus se ha duplicado, debido a que en el año 1980 se contabilizaron 108 millones de casos a nivel mundial, mientras que en año 2014 las estimaciones llegaron a 422 millones de personas con diabetes, pasando de 4.7% 8.5% del total de la población mundial adulta.²

En los últimos siete años los casos de Diabetes Mellitus se duplicaron en Lima Metropolitana y pasaron del 4% al 8% de la población, siendo el 3,2% de la población mayor de 15 años diagnosticada con diabetes mellitus, se encontró también que en Lima se registra el porcentaje más alto de prevalencia de diabetes mellitus con un 4.5% con respecto a la población total.^{3,4}

A esto lo acompaña que existe un aumento de la esperanza de vida a 75 años, lo cual predispone al país a un aumento de enfermedades propias de la tercera edad predominando las ECNT, además que se estima que al 2050, la población mayor de 65 años aumentara a 5.7 millones de personas⁵

Según un estudio epidemiológico de los pacientes asegurados en ESSALUD; el 3.5% de sus asegurados han sido diagnosticados con diabetes o “azúcar alta en la sangre”, de los cuales el mayor números de casos se encuentra en la ciudad de Ancash, seguido por cifras

muy similares a la ciudad de Tacna ⁶

Las personas que conviven con diabetes mellitus atraviesan un proceso degenerativo propio de la enfermedad, las complicaciones que se desencadenen dependerán de las capacidades que la persona con diabetes para poder manejar su salud así como del el sistema de apoyo que permita el buen mantenimiento del régimen terapéutico de la enfermedad, es así que 27 % de los pacientes con diabetes que reciben tratamiento y que no cumplen con una buena adherencia al mismo tienen una gran probabilidad de sufrir de complicaciones como accidentes cerebrovasculares, amputación, nefropatías, o retinopatías ⁷ además que Según la Sociedad Peruana de Endocrinología, el 50% los pacientes con diabetes presentan neuropatía diabética, el 30% retinopatía, y el 20% pie diabético. ³

En Guanajuato se estudió el control de la diabetes mellitus a través de la prueba de glucemia en sangre revelando que solo el 30% de los pacientes del estudio se encontraban controlados, además se encontró la relación de la falta de control de con complicaciones como la neuropatía diabética, en la que el 80% de los pacientes con glucemias no controladas presentaba neuropatía diabética en contraposición con aquellos que presentaban glucosas controladas donde solo el 40% presentaban neuropatía diabética, además que trabajo hace énfasis en la educación del autocuidado y el adiestramiento en cuidados sobre el pie, refiere también “Es indudable que la atención oportuna permitirá evitar o retardar las complicaciones inherentes al padecimiento, disminuir los altos costos y mejorar la calidad de vida de los pacientes”⁸

Lamentablemente uno de los problemas que van a condicionar el ejercicio de un automanejo bueno o deficiente, es el acceso a los servicios de salud, según la Pontificia Universidad Católica, 960 mil personas de Lima y Callao no cuentan con acceso a la sanidad, además que el 70% de las viviendas de Huancavelica y Ucayali tampoco cuentan con dichos servicios. ⁵

La práctica adecuada del automanejo es una buena herramienta en la prevención de complicaciones de las enfermedades crónicas además de permitir una mejor calidad de vida por lo que la OMS reconoce su vital importancia en las ECNT, pues toma a la persona enferma como actor principal de su propia salud en el cumplimiento de su tratamiento, el nivel de conocimientos adquiridos sobre su enfermedad además de incluir aspectos biopsicosociales y emocionales.⁹

En una investigación sobre el automanejo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el distrito de Puente Piedra evidencia un nivel regular de automanejo con un 40.8%, de las cuales aquellas personas que padecen de cáncer presentan un deficiente nivel de conocimientos sobre su enfermedad, además que el nivel de adherencia al tratamiento de las personas que padecen hipertensión arterial y de aquellas que padecen diabetes mellitus es muy similar, con resultados regulares (38.44 y 38.54 pnts. respectivamente).¹⁰

Siguiendo las referencias sobre automanejo en un estudio realizado en un centro de salud también realizado en el distrito de Puente Piedra se encontró un nivel de automanejo regular en el 56% de los pacientes, mientras que el 23% de los pacientes presentó un inadecuado nivel de conocimientos, el 60% adherencia al tratamiento de nivel regular y el 14% con inadecuado manejo de síntomas.¹¹

En el caso del distrito de Lima se evidenció que con respecto a la adherencia al tratamiento en los pacientes con DM, el 41% de la población olvidó tomar el medicamento en tanto el 32% de los individuos tuvo problemas para recordar tomarlos y en algún punto en el que sintieron una mejora abandonaron el tratamiento, y un 29% dejaron por completo la medicación prescrita, además que el 48% de los pacientes presentaban inseguridad frente al entendimiento de las indicaciones médicas.¹²

Se estudió en México la relación que existía entre la funcionalidad familiar con el nivel de automanejo en pacientes con diabetes mellitus, del cual 29% de la población presentó disfuncionalidad moderada y severa; además que la media del nivel de automanejo de dicha población era buena, se comprobó así que existía una relación positiva entre el apoyo familiar y el nivel de automanejo, esto quiere decir que a mejor funcionalidad familiar, el nivel de automanejo será mejor.¹³

El apoyo familiar es sumamente importante en el manejo de DM debido a que permite mejorar los estilos de vida de todos los integrantes de la familia, mejorar sus hábitos y el cuidado de la salud, además de servir de apoyo de los pacientes frente a momentos de crisis y al seguimiento de la enfermedad.¹⁴

Para conocer cómo funcionan las familias primero vamos a conocer algunas características de los hogares peruanos; según ENDES en el 2015 la cantidad de familias creció de 6.7 a

10 millones del año 2007 al 2015, además que el 75% de los hogares se encuentran en las zonas urbanas mientras que solo el 25% son rurales.⁵

Según lo que el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables manifiesta sobre la situación de las familias peruanas, refiere que estas no han visto satisfechas sus necesidades básicas lo cual contrasta con el alto número de familias de tipo extendidas, además de no asegurar el cumplimiento de los derechos de sus integrantes y que se encuentran en estado de vulnerabilidad, adicionando el hecho que en la realidad la peruana no existen condiciones para conciliar el trabajo y la vida familiar ; además de la legitimización de la violencia¹⁵

En el Perú la funcionalidad familiar se ha visto desmejorada por un crecimiento de la violencia intrafamiliar, según ENDES de las mujeres agredidas el 64.2% fueron agresiones psicológicas, mientras que el 31.7% fueron de tipo físicas, siendo Loreto, Huancavelica y Apurímac las regiones con mayor nivel de violencia psicológica ejercida por la pareja.¹⁶

Entre los cambios dentro de la familia peruana, existe un incremento de los sistemas familiares encabezados por mujeres, 26% del total, además que la disolución de las familias a través de los divorcios y separación de 6.6% a 11.3%⁵

El apoyo a los pacientes con diabetes mellitus viene acompañado de los mecanismos de adaptación y afrontamiento que la familia brinda, es así que en un estudio en Lima se encontró que el 54% de las familias estudiadas presento disfunción familiar moderada y 7% severa¹¹, además que las exigencias como cuidador recaen en las mujeres como hijas y nueras.⁵

En México durante un estudio a adultos mayores se encontró que el 53.7% de los participantes pertenecían a una familia nuclear, mientras que el 13.1% manifestaron que vivían solos, presentando solo el 57% un nivel bajo de satisfacción de apoyo familiar¹⁷ mientras que INEI en Perú reporta que el 11.7% de la población vive sola, y 62.5% pertenece a una familia nuclear, pero además de esto el 23% de las familias en pobreza son de tipo extendida es decir una familia en la que otros integrantes también conviven en el núcleo de la familia¹⁵

Además que en la sierra negra de Puebla la percepción de los pacientes con diabetes sobre

la funcionalidad de su familia, el 30.5% presentaban una disfunción en el sistema familiar además que el 61.9% considero que su funcionamiento era “moderado”, existiendo también un predominio de las familias de tipo nuclear.¹⁸

Con estos resultados podemos ver que pese a que hay resultados medianamente buenos con respecto al automanejo no hay uniformidad en todas las poblaciones además que no hay integración de todos los elementos o dimensiones en el manejo de la enfermedad ni una adecuada estabilidad en los sistemas de apoyo familiar.

2. TRABAJOS PREVIOS:

En el ámbito nacional se han realizado muy pocos estudios sobre el automanejo de personas con enfermedades crónicas, algunos de los más relevantes son:

Este estudio fue realizado por Peñarrieta et.al en la ciudad de Lima en el distrito de Puente Piedra durante el año 2013 sobre el automanejo en enfermedades crónicas de jurisdicción de los centros de salud de la Red Puente Piedra, en el que se eligieron 4 centros de salud de forma aleatoria en las que se realizó visitas domiciliarias para poder identificar a los sujetos que presentaran al menos una de las tres enfermedades a estudiar: diabetes, hipertensión, cáncer. Se utilizó el instrumento de Automanejo en padecimientos crónicos. Partners in Health Scale, encuestando a un total de 382 personas. En esta investigación se encontró que de un puntaje de 0 – 96 existía una media de 66, el 2.1% presento un automanejo deficiente mientras que el 40.8% de la población un automanejo regular, también se encontró que el grupo de diabetes presento la media más alta con respecto de manejo de signos y síntomas con un puntaje de 17 siendo adecuado, mientras que en las dimensiones de adherencia al tratamiento con una media de 38 correspondiente a un nivel adecuado y un nivel de conocimiento con una media de 8.28 interpretándose como conocimientos deficientes¹⁰

Peñarrieta et.al realizó otro estudio cuya población de estudio se constituyó por los usuarios mayores de 18 años de edad de los centros de salud de la Micro Red Lima, DISA Lima-Ciudad, que referían presentar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, y a usuarios con cáncer, de los Servicios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, a los encuestados se les aplico el instrumento “PARTNERS IN HEALTH SCALE”, los resultados evidenciaron que el índice general del comportamiento de automanejo, así como

de cada una de sus dimensiones, presentó una media de 69; la dimensión de conocimiento fue la que alcanzó el menor puntaje, con una media de 65. Los resultados muestran que no existieron diferencias según sexo en el índice general, pero sí en la dimensión de conocimiento, Se exploraron los aspectos emocionales y sociales, con los resultados siguientes: En los aspectos emocionales, alrededor del 40 % de los pacientes respondió presentar problemas durante varios días; en especial en los ítems de poco interés en hacer las cosas, sentirse desanimado, o estar cansado con poca energía, se llegó a la conclusión que la población encuestada tiene un bajo nivel de automanejo.¹²

Lago H. y Flores N, realizaron un estudio correlacional las variables “funcionalidad Familiar” y “Automanejo” en el hospital de Puente Piedra, utilizando como característica principal en la población a pacientes con Hipertensión arterial (HTA) y DM, este estudio conto con una población de 100 personas, para el cual utilizaron el instrumento “Partners in Health Scale” y APGAR familiar, con respecto a las propiedades sociodemográficas, el 54% fueron del sexo femenino, y que 54% de la población era comprendía por personas de de 60 – 80 años , y el tempo de duración de la enfermedad fue de aprox. 10 años, la dimensión de nivel de conocimientos, el 49% presento un nivel regular, además que en la dimensión adherencia al tratamiento el nivel de automanejo evidenció niveles regulares en el 60% en la población , en el caso del manejo de síntomas, el nivel de automanejo se caracterizó por ser bueno y regular, debido a igualdades de cifras en ambos niveles, con respecto al índice general de automanejo el 56% presento cifras regulares y solo el 35% presento resultados adecuados, con respecto a la funcionalidad familiar, esta variable muestra cifras de disfuncionalidad familiar en sus formas “moderada” (54%) y “grave o severa” (7%), este estudio aplico las correlaciones bivariadas con Rho de Spearman , comprobando una relación directa entre las variables Funcionamiento familiar y Automanejo con un coeficiente de relación del 0.543 y una significancia estadística de 0.000¹¹

23A nivel internacional se encontraron investigaciones sobre las dimensiones del automanejo como:

Se realizó en Tamaulipas México, una investigación cuyo autor fue Garcia J. quien utilizo como variables el automanejo y a funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo II , este fue un estudio de tipo trasversal descriptivo relacional en el que se utilizó los

instrumentos PARTNERS IN HEALTH SCALE y APGAR FAMILIAR, la edad promedio de los individuos participantes fue de 58 años, donde el 67% fueron mujeres, además que el 66% eran casados, predominaron las familias de tipo nuclear (42%), en este estudio el automanejo como índice general presento un puntaje medio de 80 puntos donde 100 significaba un mejor automanejo, además con respecto a la funcionalidad familiar el 57% de los pacientes presento una percepción disfuncional de la familia, 28% de las familias presentaron una disfunción leve, mientras que el 16% presento una disfunción severa, al estudiar la relación entre ambas variables, se encontró un coeficiente de relación positivo entre el índice general de automanejo con una significancia 0.014, además de una correlación baja con la dimensión de adherencia al tratamiento (sig 0.015) además de una correlación moderada con la dimensión manejo de síntomas, es así que se concluye con este estudio que a mejor funcionalidad familiar existirá un mejor nivel de automanejo.¹³

En un estudio cualitativo realizado por la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología en el 2016 sobre el proceso de autorregulación de la alimentación de diabetes Mellitus 2 en el que se hizo una selección intencional cuyos criterios de inclusión fueron al menos 6 meses de control glucémico y con Hb1ac de 8% y/o mediciones e glucosa en ayunas de 120 – 130 mg/dl donde participaron 11 integrantes de un programa para el manejo de diabetes en una clínica del sector público que cumplían con los requisitos del estudio a los que se les realizo encuestas semi estructuradas que contenían temas sobre la conducta alimentaria, conocimiento de la enfermedad y las consecuencias percibidas, se encontró con respecto al automanejo, que luego de que los pacientes fuesen comunicados sobre las restricciones alimenticias y las medidas nutricionales que debían cumplir como parte de las medidas terapéuticas, dichos pacientes tenían dificultades para el cumplimiento de la terapéutica, debido a una autopercepción de incapacidad en al cumplimiento de las nuevas normativas alimenticias, además se encontró que al ir educando al paciente sobre el manejo de su enfermedad, los pacientes sentían mayor comodidad para el cumplimiento de las restricciones nutricionales además que incluían a los integrantes de la familia en la aplicación de dietas pues aseguraban que mejoraban el factor económico del manejo de la diabetes además los integrantes de la familia incorporan nuevas y diferentes preparaciones de los alimentos permitiendo mejorar los conocimientos sobre alimentación, e encontró también apoyo de la familia en la aplicación del régimen alimenticio impulsando su cumplimiento.¹⁹

En un trabajo cuantitativo realizado en Bogotá, Colombia por Bautista L. y Zambrano G. en el año 2015 en el que se estudió la calidad de vida de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 se utilizó una muestra de 287 pacientes, cuya población estaba entre los 50 años a 80 años de instituciones de salud del primer nivel de atención a los que se les aplicó el instrumento “Calidad de Vida en Diabetes, el 60% de la población estudiada mantenía un vínculo emocional estable, siendo el 59.9% comprometido en unión libre o casados, aquí también se buscó la relación entre el estado civil y la calidad de vida a modo general y en cada una de las dimensiones, se encontró que no existían grandes diferencias entre las puntuaciones así que la calidad de vida en los pacientes con pareja tenía una puntuación media de 93.63 muy similar a las de los pacientes sin pareja (97.81), además el 43.2% se encontraba muy satisfecho con su vida social y sus amistades, el 76.6% de los pacientes no ocultaba a sus familiares sobre los efectos producidos por la terapéutica²⁰

Jimenez B, Baillet L, Avaloz P, Campos L, aplicación una investigación que estudio la el apoyo familiar y la dependencia funcional, constó de una muestra de 298 con una población de 60 a 86 años que eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, se aplicaron los instrumentos “escala de Lawton Brody” para medir la dependencia funcional, y el APGAR familiar para medir la percepción del apoyo familiar, el 60.4% de la muestra fue del sexo femenino, además el 47.7% eran casados, y el 34.2% viudos, además este trabajo refiere que entre las enfermedades más comunes en su población resaltaron DM2 y HTA, las familias más comunes en la investigación fueron las nucleares con un 53.7%, y la extensa con 21.1%, con respecto a la funcionalidad familiar o “apoyo familiar”, los pacientes refirieron tener una alta satisfacción del apoyo familiar 84.6% (normo funcional), 9.7% medio o moderado y 5.7% bajo o severo. Este mismo trabajo descubrió que las mujeres de 70 años a más referían mayor independencia funcional, a diferencia del sexo opuesto.¹⁷

En un trabajo realizado en Medellín, Colombia por Gallegos E., Cardenas V. y Sales M. estudió las capacidades que tenían los adultos con diabetes mellitus tipo 2, utilizando una metodología de preguntas abiertas, se utilizaron 8 objetos de estudio de selección intencional, en las que encontró que algunas acciones de auto cuidado consistían en la responsabilidad de ser diabético, al tratamiento y a sus efectos, y a los cambios de hábitos y de actitudes, encontró que para que estas personas con DM puedan realizar un buen autocuidado necesita desarrollar capacidades mentales, físicas, emocionales y de

motivación, siendo en este mismo estudio que se reconocen 5 categorías básicas de autocuidado como la condición de diabético, efectos de la diabetes, tratamiento, los efectos del tratamiento y los hábitos y las actitudes, conductas que deberán ser reforzadas y mantener la retroalimentación de la información y conocimientos, además se identificó con respecto al conocimiento de temas para la aplicación del autocuidado la información sobre las causas, signos y síntomas, tratamiento y consecuencias además que reconocía que se debía tener una base teórica para el reconocimiento de las respuestas del organismo a la enfermedad, además en la categoría de hábitos y actitudes incluía a la familia y la connotación cultural en los lazos familiares, la que cumplía un papel fundamental que permitía al paciente sobrellevar la enfermedad ²¹

En un trabajo realizado por Atachian P. en ciudad de California de tipo quasi-experimental, se realizó intervención de tipo educativa sobre un adecuado automanejo a tres grupos de personas con DM y se les realizó control de HbA1c, se encontró que luego de las intervenciones el porcentaje de hemoglobina glicosilada había disminuido de 10.2% a 7.8%, en el grupo experimental se encontró que había disminuido el porcentaje de HbA1c con respecto al grupo control, pues en este grupo los niveles de HbA1c había aumentado, también se obtuvo un aumento del nivel de conocimientos de estas personas de manera progresiva luego de 6 y 12 meses de comenzado el estudio, llegando a la conclusión que una correcta educación mejora los niveles de HbA1c en las personas con DM ²²

Este estudio fue realizado por Wattanakul B. en un hospital comunitario de Chachoengsao en Tailandia publicado en el año 2012 sobre los factores que influenciaban el cumplimiento del automanejo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se les aplicó una encuesta de manera voluntaria a 197 pacientes que cumplían con al menos 1 año y medio de recibir tratamiento para DM, se les extrajo una muestra para valorar los niveles de HbA1c, se identificó que 79.2% de los pacientes recibe medicación oral mientras que 8.6% solo utilizan la insulina como tratamiento, también un grupo de 10.2% presentaba como tratamiento el uso de la medicación oral al cual le adicionaban insulina, encontrando además de una medición media de 77 puntos en el nivel de automanejo (0-197puntos), además se encontró una media baja de 0.65 días a la semana de control de glucosa y niveles de HbA1c adecuados en el 80% de la población, se identificó además que en el tratamiento medicamentoso de los pacientes con DM2 presentaba menos propensión a las oscilaciones graves de glucosa por lo que existía menos adherencia al autocuidado por

parte de estas personas.²³

Se realizó un estudio sobre funcionalidad familiar desde la perspectiva de un integrante de la familia con Diabetes Mellitus II en la sierra negra de Puebla, México por Torres, A *et al.*, fue una investigación descriptiva transversal sobre pacientes con DM2 con un muestreo probabilístico aleatorio en el que se eligieron a pacientes de 20 a 59 años, utilizaron como instrumentos de medición la Escala de efectividad en el funcionamiento familiar, de este trabajo el 78% eran mujeres además de ser el 44.1% casados, además de esto el 90.1% tenían de 1 a 10 años de diagnosticada la enfermedad, de estos el 63.5% eran de familia nuclear y solo el 25.4% eran familias extensas, al analizar la percepción de la funcionalidad familiar el 61.9% presentó una función familiar moderada mientras que el 30.5% presentó disfunción familiar.¹⁸

3. TEORIAS RELACIONADAS CON EL TEMA

La diabetes mellitus es considerada una enfermedad crónica, sin cura, ocasionada por la insuficiencia del páncreas para la producción de insulina o por la incapacidad del organismo para el uso de dicha hormona.²⁴

Las causas de la diabetes se encuentran asociadas a los estilos de vida, como el sobrepeso y al sedentarismo, la obesidad y el aumento de la circunferencia abdominal puede provocar la resistencia insulínica, significando que las células no efectúen un correcto uso de la insulina, el organismo se ve obligado a realizar un aumento en la producción de esta hormona para compensar la demanda metabólica.²⁵

Otras causas están relacionadas al factor genético provocando una mayor predisposición en aquellos cuyos padres padecieron DM, la American Diabetes Association indica que la diabetes mellitus tipo 2 tiene mayor relación con los antecedentes familiares, pero que estos tiene un factor ambiental desencadenante que trabajan de manera conjunta, refiere también que el riesgo de que el hijo de un paciente diabético diagnosticado antes de los 50 años tiene una probabilidad 1/7 de padecer DM, y el riesgo aumenta cuando la madre es quien lo padece.^{25,26}

La OMS refiere que los diabéticos tiene el doble o triple de riesgo a sufrir un infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, además que existe una reducción de la perfusión

sanguínea periférica y neuropatías diabéticas añadiendo el riesgo de infecciones, amputaciones, existe además una gran probabilidad que las personas con diabetes presenten insuficiencia renal, y problemas de visión²⁴

Se resalta la importancia de un tratamiento oportuno de las lesiones para la prevención de aparición de infecciones difíciles de tratar y la prevención de las amputaciones; además expresa que se debe diagnosticar prematuramente a través del reconocimiento de signos y síntomas tempranos, por lo que al existir un diagnóstico oportuno y el mantenimiento adecuado del control de la glicemia las complicaciones pueden retrasarse o evitarse.²⁷

Es aquí que ingresa la importancia del automanejo como medio de prevención y cuidado de la diabetes mellitus, la OPS define las acciones de automanejo como la participación en la educación para lograr objetivos en la terapéutico, prepararse diariamente en el manejo del estado de salud, adopción de conductas específicas para la enfermedad, y adquirir habilidades que disminuirán el impacto emocional y físico en los paciente⁹; incluso es el sustento de los modelos de cuidado crónico colaborativo o Collaborative Chronic Care Model (CCCM), los que prueban ser especialmente eficaces en integrar la atención y el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en servicios de atención primaria²⁸

Dorothea Oren, teórica de enfermería, define que una persona tiene capacidad de aprender actividades que satisfagan su autocuidado, además que si este individuo no es capaz de cumplir con los requerimientos de sus necesidades, otras personas le proporcionarían los cuidados. Además que el autocuidado se va ver afectado por las creencias culturales, la interacción social y sobretodo las costumbres familiares, además del apoyo emocional brindado por la familia en el aprendizaje de su autocuidado o la ayuda en sus actividades terapéuticas al igual que en el automanejo donde los pacientes y la propia familia son considerados como cuidadores, además que los cambios que realizados en la vida cotidiana propios de enfermedad tendrán influencia en el funcionamiento de relaciones familiares^{9,29}

La OMS refiere que la familia es un “microambiente”, y que el funcionamiento de este favorecerá un buen estilo de vida que promueve el desarrollo y bienestar de los integrantes de la familia a través de la interacción, además que este funcionamiento se verá influenciado por determinantes socioculturales y ambientales.³⁰

El automanejo es una conducta compleja y multidimensional, que afecta no solo a la persona, sino también a las familias, la teoría del automanejo individual y familiar se focaliza en situar a la persona o paciente dentro de las diadas o familias como unidad, estipula que el sistema familiar va a verse alterado por el cambio de uno de sus individuos, propone además que el automanejo se va condicionar por factores de contexto tanto fisiológicos como las conductas requeridas, además del compromiso en las recomendaciones y adopción de creencias, en síntesis la familia es un sistema de influencia en el automanejo.²⁸

La Asociación Mexicana de Diabetes resalta la importancia del apoyo de la familia, pues permite que en el paciente con diabetes mellitus tener un sistema de apoyo ante crisis, y la adaptación al proceso terapéutico como el cumplimiento de las citas médicas, exámenes entre otros, además refiere que la familia logra la adopción de estilos de vida saludables además de brindarle la ayuda necesaria al diabético.¹⁴, si la familia no se encuentra en un funcionamiento adecuado esta adopción de nuevas conductas por parte del paciente se va a ver afectado.

Entendemos entonces que la “Funcionalidad Familiar” es la aplicación de normas de funcionamiento para mantener un equilibrio interno de la familia, a su vez esta puede encontrarse en 4 estadios dinámicos debido a que se encuentra en un proceso de evolución : familia normofuncional , crisis familiar, disfunción familiar y familia en equilibrio patológico³⁹

Se conoce también que es en el núcleo familiar donde se reciben cuidados y atención de no únicamente índole emocional, es considerada como “el núcleo fundamental para la superación de la enfermedad” además que los sistemas de salud son conscientes de ello y que las intervenciones giran en torno al paciente y a su familia.³¹

Entonces la OPS define que el apoyo al automanejo como la “provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas” gracias a esto se logra un buen afrontamiento a los problemas generados por la convivencia con pacientes crónicos, por lo que les permite a los familiares cuidarlos y reducir las complicaciones síntomas y discapacidades⁹

El Programa de Gestión de Condición Crónica de Flinders define al automanejo como el involucramiento de la persona con una condición crónica que participa en actividades que “protegen y promueven la salud, la vigilancia y la gestión de los síntomas y signos la enfermedad, el manejo de los impactos de la enfermedad en el funcionamiento, las emociones y las relaciones interpersonales y adherirse a los regímenes de tratamiento”³²

En ella el abordaje incluye el componente farmacológico con el mismo nivel de importancia que la adopción de estilos de vida saludables y la reconoce como la habilidad para adquirir y mantener un comportamiento referente al plan de cuidados estructurado para la enfermedad que la persona padece, en esta dimensión se resalta la participación activa del paciente en el cumplimiento del tratamiento.⁹, es así que la OMS refiere en su guía de intervenciones en el primer nivel de atención a los familiares como un sistema de creencias con capacidad de brindar sostén y apoyo en la adherencia al tratamiento con accesibilidad económica y cultural, también que las experiencias pasadas van a definir el la adherencia terapéutica.³³

Otra de las dimensiones que comprende el automanejo es el manejo de síntomas que suele ser de vital importancia pues el reconocimiento oportuno de signos de alarma y el reconocimiento oportuno de complicaciones va a prevenir la aparición de problemas irreversibles que en muchas ocasiones puede llevar al padecimiento de alguna de las complicaciones. Además el nivel de conocimiento en estos pacientes les permite tener una reacción más oportuna con las situaciones de reacción inmediata sobre las complicaciones de la diabetes mellitus, y también una mayor aceptación de la enfermedad.

Siendo así que sus conocimientos le brindan un rol activo en el cuidado de la propia salud en el que todos los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus podrán tomar decisiones, comprometerse con el cumplimiento de comportamientos que influyen en su salud controlando las complicaciones además de afrontar y controlar los síntomas, por lo que el personal de salud se encuentra en la obligación de brindar educación en factores de riesgo, reconocimiento de signos característicos y evaluar los conocimientos del paciente para lograr un adecuado empoderamiento^{33,34}

Todo lo anteriormente expuesto significa el reconocimiento del papel que tiene en su cuidado, en el que fomenta la responsabilidad, con un enfoque de colaboración ente el personal de salud y los pacientes, se establecerán metas y esquemas de cuidado en el que

se le enseñara al paciente a resolver problemas y llegar a la prevención de complicaciones y mejora del bienestar físico y emocional.³⁴

Finalmente “El automanejo de la condición crónica ahora es promovida internacionalmente no sólo como una posible solución a los problemas de salud de nuestra población cada vez más crónicamente enferma y envejecida, sino como parte de una nueva ola de iniciativas dirigidas por los usuarios de los servicios de salud. Estos usuarios, están ahora indicando que quieren estar más involucrados en la gestión de sus vidas y sus opciones de atención médica”³⁵

4. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación que existe entre el automanejo y la funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru – 2018?

5. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La diabetes mellitus es una enfermedad que involucra todos los ámbitos de la vida de la persona que lo padece obligándola a mantenerse con regímenes y conductas que debe de cumplir para el manejo y mantenimiento de su salud, debido a que esta enfermedad también involucra el ámbito social y las relaciones interpersonales, los pacientes con diabetes mellitus necesitan un buen sistema familiar que los apoye y les brinde las facilidades para el buen cumplimiento del esquema terapéutico, además de un buen soporte emocional que lo ayude a sobrellevar las complicaciones y los efectos de la diabetes.

Es así que el presente trabajo permite corroborar la información existente sobre el papel de la familia como un eje importante en el cuidado de la salud; además de evidenciar la realidad de la funcionalidad familiar en el manejo de la enfermedad en el Perú, un país en el que la prevalencia de diabetes mellitus se encuentra con un crecimiento acelerado.

Estos hallazgos nos permitirán crear programas de intervención que mejoren los cuidados de enfermería hacia los pacientes diabéticos y la educación que se brinda al sistema de apoyo que los acompaña en el cumplimiento del tratamiento, generando así mejores relaciones interpersonales y convivencia familiar que a su vez se volcara en una mejor

calidad de vida de las personas con diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas.

6. HIPOTESIS:

X: Nivel de Automanejo de pacientes con diabetes mellitus

X₁: Nivel de conocimientos de pacientes con diabetes mellitus

X₂: Nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus

X₃: Nivel de manejo de síntomas de pacientes con diabetes mellitus

Y: Funcionalidad Familiar de los pacientes con diabetes mellitus

6.1 Hipótesis General:

H₀: no existe relación directamente proporcional entre variables X y X

$$X \leftarrow \text{-----} / \text{-----} \rightarrow Y$$

$$\text{Rho de Spearman: } p \leq 0 \quad \text{Sig: } \alpha > 0.05$$

H₁: existe una relación directamente proporcional entre variables X y Y

$$X \leftarrow \text{-----} \rightarrow Y$$

$$\text{Rho Spearman: } 1 \geq p > 0 \quad \text{Sig: } \alpha \leq 0.05$$

6.2 Hipótesis Específicas:

H_{0E}: no existe relación directamente proporcional entre variables X_(1,2,3) y Y

$$X \leftarrow \text{-----} / \text{-----} \rightarrow Y$$

$$\text{Rho de Spearman: } p \leq 0 \quad \text{Sig: } \alpha > 0.05$$

H_{1E}: existe una relación directamente proporcional entre variables X₁ y Y

$$X \leftarrow \text{-----} \rightarrow Y$$

$$\text{Rho Spearman: } 1 \geq p > 0 \quad \text{Sig: } \alpha \leq 0.05$$

H_{2E}: existe una relación directamente proporcional entre variables X₂ y Y

X ←-----→ Y

Rho Spearman: $1 \geq p > 0$

Sig: $\alpha \leq 0.05$

H_{3E}: existe una relación directamente proporcional entre variables X₃ y Y

X ←-----→ Y

Rho Spearman: $1 \geq p > 0$

Sig: $\alpha \leq 0.05$

7. OBJETIVOS:

7.1 General:

- Determinar la relación entre el nivel de automanejo con la funcionalidad de las personas con diabetes mellitus que son usuarias de 7 centros de salud de la Red de Salud Túpac Amaru – 2018

7.2 Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada.
- Identificar el nivel de automanejo en las personas con diabetes mellitus
- Identificar el nivel de conocimientos de las personas con diabetes mellitus
- Identificar el nivel de automanejo en la dimensión de adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus
- Identificar el nivel de automanejo en la dimensión de manejo de síntomas de las personas con diabetes mellitus
- Identificar la funcionalidad familiar de las personas con diabetes mellitus
- Establecer la relación entre automanejo en la dimensión nivel de conocimientos y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus
- Establecer la relación entre automanejo en la dimensión adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus
- Establecer la relación entre automanejo en la dimensión manejo de síntomas y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus

II. METODOS

1. DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño del presente estudio corresponde a una investigación no experimental pues no se manipulara a los grupos de medición, cuantitativo de corte trasversal pues se recogerán datos y se obtendrán resultados de un punto en el tiempo con una única recolección de datos, además de ser descriptiva relacional en la que se estudiara un fenómeno y se relacionaran las variables: funcionalidad familiar y nivel automanejo de los usuarios con diabetes mellitus tipo II

Este estudio se encuentra adherido al proyecto matriz, denominado: red temática: Automanejo de enfermedades crónicas, perteneciente a la escuela profesional de enfermería de lima – norte de la UCV.

2. POBLACION Y MUESTRA

2.1 POBLACION

La población referente al estudio de investigación corresponde a 224 usuarios con diagnostico confirmado de alguna enfermedad crónica no trasmisible que reciben atención en 7 centros de salud pertenecientes a la jurisdicción de la red Túpac Amaru II:

- Milagros de la Fraternidad
- Quechuas
- Santa Luzmila III
- Sangarara
- Laura Rodríguez
- Collique III zona
- Carmen Medio

SEDES	Instituciones	Población total
LIMA	Red salud TA: 7 centros de salud	224

2.2 MUESTREO

Para el presente estudio se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador debido a que la aplicación de la investigación se realizó solo a aquellas personas que aceptaron de manera voluntaria a participar del estudio.

Luego se realizó una discriminación de casos para cumplir con los criterios de inclusión, seleccionando solamente aquellos pacientes que poseen diagnóstico confirmado de diabetes mellitus.

2.3 PROCESO DE SELECCIÓN:

- Los sujetos de estudio son elegidos por los líderes de cada centro de salud que son previamente capacitados
- Se abordó a los sujetos invitándolos a participar de la investigación, es aquí que se les explicara el proceso del estudio y su participación en el.
- Se realizó además la formalización de la participación de los sujetos a través de la firma del consentimiento informado.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas mayores de 18 años
- Diagnóstico confirmado de DIABETES MELLITUS
- Pacientes usuarios de los centros de salud de la Red Túpac Amaru

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Persona con capacidad cognitiva disminuida
- Mujeres embarazadas

2.6 MUESTRA:

El presente estudio tomó la base de datos obtenida de la recolección total correspondiente a la medición basal del estudio matriz, luego de realizarse un filtrado de características y criterios de inclusión y exclusión (pacientes con diabetes mellitus tipo II) se obtuvo un tamaño final de muestra.

TOTAL: 68 personas

3 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a los pacientes participantes al proyecto a las que se les aplicó los instrumentos “Partners in Health Scale” y APGAR Familiar, suministrado por el personal participante del proyecto matriz “Red Temática de Automanejo”.

El instrumento que mide la variable de Automanejo en padecimientos crónicos es Partners in Health Scale validado en el Perú en el año 2012 en el que según estudio de consistencia interna (Fiabilidad) con la técnica de Alpha de Cronbach se obtuvo un resultado de 0.89 (aplicación en salud > 0.7), con un análisis factorial que explica el 58%, los resultados de muestra de baremo 75% de casos con un puntaje de 50 / 96 muestran una modificación de las dimensiones contando con 3 dimensiones, nivel de conocimiento (0 – 16), manejo de signos y síntomas (0 – 24) ; y adherencia al tratamiento (0 – 56) , cada una con un puntaje correspondiente, también cuenta con un índice general que cuenta con un puntaje de 0 – 96 en donde mientras el puntaje sea más cercano al mayor valor, significa que el nivel de automanejo es mayor.³⁶

Para efectos de la investigación se categorizó el nivel de automanejo y cada una de las variables en nivel “deficiente”, “regular” y “adecuado”, los puntos de corte formulados son:

- Índice General de Automanejo: deficiente (0-31), regular (32-65) y adecuado (66-96).
- Nivel de conocimientos: deficiente (0-5), regular (6-12) y adecuado (13-16).
- Nivel de Adherencia al tratamiento: deficiente (0-19), regular (20-38) y adecuado (39-56).
- Nivel de manejo de síntomas: deficiente (0-8), regular (9-17) y adecuado (18-24).

El siguiente instrumento aplicado es el APGAR familiar que mide la variable de funcionalidad familiar, este instrumento mide la satisfacción que el paciente frente al funcionamiento de su familia, los autores de este instrumento son Cobb Cohen y Smilkstein, este instrumento consta de 5 indicadores: adaptabilidad consistente con el uso de los recursos frente al estrés o situaciones de crisis familiares, participación siendo esta

la cooperación de los miembros en las decisiones familiar ,gestión de recursos, afectividad, y la capacidad resolutive. Este instrumento consta de 5 preguntas una por cada indicador, con puntajes de 0 – 4 puntos por pregunta (0 = nunca, 1= casi nunca, 2=a veces, 3= Casi siempre y 4= siempre), el resultado final se obtiene de la suma de los resultados de las preguntas que se interpreta de la siguiente manera: si el puntaje está comprendido entre 17 – 20 se define con funcionalidad familiar normal, si es de 13 – 16 puntos, disfunción familiar leve, si es 10 – 12 disfuncionalidad familiar moderada y si es de 0 – 9 disfuncionalidad familiar severa. Se realizó una validación en el año 1996 para el idioma español en Granada, se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.84, presento una variación de 0.61 a 0.71 en la correlación ítem – escala, mientras que en el análisis factorial solo lo separo en un factor.^{37,38}

4 METODOS DE ANALISIS DE DATOS:

Los resultados serán procesados en el programa IBM SPSS 22, obteniendo frecuencias, porcentajes, medias, mínimo, máximo, y correlación no paramétrica de Rho de Spearman

5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la aplicación de normas de funcionamiento para mantener un equilibrio interno de la familia, a su vez esta puede encontrarse en 4 estadios dinámicos debido a que se encuentra en un proceso de evolución : familia normofuncional , crisis familiar, disfunción familiar y familia en equilibrio patológico ³⁹	Se define como el puntaje obtenido en la aplicación del instrumento APGAR familiar. El resultado la definirá como : Funcionalidad normal: cuando consiga un puntaje de 17 – 20 Disfunción familiar leve : puntaje de 13 – 16 Disfunción familiar moderada : consiguiendo un puntaje 10 – 12 Disfunción familiar severa: consiguiendo un puntaje de 9 – 0 ³⁸	Puntaje evaluado a través de una escala de Likert (0-4pnts) - ADAPTACIÓN: me satisface como mi familia acepta y apoya - PARTICIPACIÓN: me satisface la participación de la familia - GESTIÓN DE RECURSOS: me satisface como compartimos con mi familia - AFECTIVIDAD: me satisface como mi familia expresa afectos - CAPACIDAD RESOLUTIVA: me satisface la ayuda que recibo	VARIABLE CUALITATIVA	ORDINAL POLITOMICA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMENSIONES	INDICADORES
NIVEL DE AUTOMANEJO	Es la combinación de aspectos biopsicosociales y espirituales que se aplican a cualquier enfermedad crónica, implica la propia gestión de la salud y la práctica de actividades para manejar los síntomas, el impacto de la enfermedad en las emociones y las relaciones interpersonales y se adhieren a los regímenes de tratamiento	Es el puntaje obtenido de la aplicación del instrumento PARTNERS IN HEALTH SCALE en el que se puntúa de manera ascendente el nivel de automanejo donde 0 indica un bajo nivel de automanejo y 96 un buen nivel de automanejo. ⁴⁰	VARIABLE CUALITATIVA	CONTINUA	Nivel de conocimientos	<p>Puntaje evaluado a través de escala de Likert.</p> <p>Puntaje total del cuestionario (0 – 96)</p> <p>Puntaje total por dimensiones del cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimientos (0 – 16) -Conocimiento del estado de salud -Conocimiento del tratamiento y cuidados
					Adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento (0 – 56) - Cumplimiento del tratamiento y cuidados - Relación con el medico sobre decisiones en el tratamiento - Solicitud al médico sobre aspectos del tratamiento a cambiar - Asistencia a las citas programadas - Al tanto de los signos y síntomas de alerta - Medidas tomadas en presencia señales de advertencia - Aplicación de estilos de vida saludables
					Manejo de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de síntomas (0 – 24) - Manejo de efectos secundarios de la enfermedad en relación al estado físico - Mantenimiento del equilibrio emocional - Interacción social

6 ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo respeta los principios de la bioética que rigen a la práctica de enfermería pues previo a la aplicación de los instrumentos la persona es consultada sobre su deseo de participar del trabajo de investigación y se respeta el deseo de negarse a la participación (principio de autonomía) además se realiza la firma del consentimiento informado, documento que contiene información sobre la aplicación del instrumento y la confidencialidad del mismo se le hará saber a la persona que en el presente trabajo de investigación no correrá ningún riesgo con respecto a su salud (principio de no maleficencia), la población participante del estudio tendrá conocimiento sobre los beneficios que este trabajo podrá generar a la práctica de los cuidados de enfermería (principio de beneficencia) por último la selección se realizara según los criterios de inclusión y exclusión permitiendo a los sujetos tener oportunidad de participar en el estudio (principio de justicia).

El objetivo de esta investigación es la obtención resultados que permitan el desarrollo de herramientas en la mejora de la calidad de vida y de la disminución de complicaciones de la enfermedad por lo cual este trabajo está dirigido a buscar el beneficio de la población estudiada sin afectar su bienestar previamente existente.

III. RESULTADOS:

En el presente capítulo se encuentran redactados los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de la presente investigación, los cuales responderán a los objetivos previamente planteados.

Tabla 1: características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru Lima Norte – 2018

Muestra: 68 (100%)		
	Fr	%
SEXO		
Femenino	52	76,5%
Masculino	16	23,5%
ESTADO CIVIL		
Casado	42	61,8%
Viudo	18	26,5%
Divorciado	1	1,5%
Soltero	7	10,3%
EDAD		
18 – 25 Años	1	1.5%
26 – 40 Años	1	1.5%
41 – 59 Años	26	38.2%
60 – 75 Años	36	52.9%
76 años a mas	4	5.9%
AÑOS DE ESTUDIOS		
Analfabeto (a)	5	7.4%
Primaria	24	35.3%
Secundaria	28	41.2%
Superior técnica	7	10.3%
Superior	4	5.9%
AÑOS DE ENFERMEDAD		
1 – 5 años	65	95.6%
6 – 10 años	0	0%
11 – 15 años	0	0%
16 – 20 años	0	0%
Más de 20 años	3	4.4%

TIPO DE SEGURO MEDICO		
Ninguno	4	5,9%
SIS	39	57,4%
Seguro Social	20	29,4%
Seguro privado	3	4,4%
Otros	2	2,9%
NUMERO DE ENFERMEDADES (CRONICOS)		
SOLO DIABETES	41	60,3%
MAS DE UNA ENFERMEDAD	27	39,7%
TIPOS DE FAMILIA		
NUCLEAR	24	35,3%
NUCLEAR MODIFICADA	4	5,9%
NUCLEAR RECONSTRUIDA	2	2,9%
EXTENSA	29	42,6%
PAREJA	4	5,9%
ATIPICA	5	7,4%

Como primer objetivo se realiza una caracterización de la población, reflejada en la Tabla 1, encontramos que existió un predominio de población femenina que correspondió al 76.5% (52) y que la cantidad de años de estudios realizados por los pacientes según grado de instrucción revelo una mayoría notable con estudios secundarios, encontrando también personas analfabetas como personas formación profesional en la menor cifra (5.9%), los rangos de edades más resaltantes fueron la de 60 a 75 años la cual englobo a la mitad de la muestra (52.9%) encontrando la existencia de extremos de edades muy amplios que van desde los 19 años hasta los 81 años, encontramos a su vez que los años con los que los pacientes convivían con la diabetes era de 0 a 5 años en el 95.6% al igual algunos pacientes presentaron extremos de 1 año y 40 años con la enfermedad, además el 39.7% de los pacientes con diabetes mellitus conviven con una enfermedad concomitante.

Referente a las características familiares de los pacientes, el 61.8% eran casados mientras que el 38.3% de los participantes no mantenían relación de pareja (soltero, divorciado, viudo) además que la característica principal de estas familias era la composición de tipo extensa con 42.9%, seguida por las familias nucleares con un 35.3%, el 54.7% de los pacientes contaba con un seguro SIS y el 29.4% cuenta con el seguro social (ESSALUD) encontrándose también lamentablemente que el 5.9% de los pacientes no contaban con ningún tipo de seguro.

Tabla 2:

Nivel de Automanejo por dimensiones de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru Lima Norte – 2018

		Muestra: 68 (100%)					
		Deficiente		Regular		Adecuado	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
NIVEL DE							
CONOCIMIENTOS		6	8.8%	40	58.8%	22	32.4%
(0 – 16)	Conocimiento del estado de salud	3	4.4%	27	39.7%	38	55.9%
	Conocimiento del tratamiento y cuidados	6	8.8%	17	25%	45	66.2%
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		2	2.9%	36	52.9%	30	44.1%
(0 –56)	Cumplimiento del tratamiento y cuidados	4	5.9%	22	32.4%	42	61.8%
	Relación con el medico sobre decisiones en el tratamiento	20	29.4%	22	32.4%	26	38.2%
	Solicitud al médico sobre aspectos del tratamiento a cambiar	30	44.1%	19	27.9%	19	27.9%
	Asistencia a las citas programadas	7	10.3%	8	11.8%	53	77.9%
	Al tanto de los signos y síntomas de alerta	5	7.4%	21	30.9%	42	61.8%
	Medidas tomadas en presencia señales de advertencia	7	10.3%	23	33.8%	38	55.9%
	Aplicación de estilos de vida saludables	4	5.9%	24	35.3%	40	58.8%
MANEJO DE SINTOMAS		3	4.4%	30	44.1%	35	51.5%
(0 – 24)	Manejo de efectos secundarios de la enfermedad en relación al estado físico	6	8.8%	22	32.4%	40	58.8%
	Mantenimiento del equilibrio emocional	3	4.4%	29	42.6%	36	52.9%
	Interacción social	4	5.9%	17	25%	47	69.1%
INDICE GENERAL							
AUTOMANEJO		1	1.5%	29	42.6%	38	55.9%
(0 - 96)							

Fuente: cuestionario Partners in health scale

Para la evaluación de la variable “Automanejo” se realizó la aplicación del instrumento Partners in Health Scale los resultados se interpretan a través de puntuaciones según la dimensión, como se grafica en la Tabla 2 el índice general de automanejo refleja que el 42.6% de los pacientes que la población tiene un nivel de automanejo regular mientras que el 55.9% presentó un automanejo adecuado, además se obtuvo resultados extremos del nivel de automanejo deficiente (20pnts) al igual que resultados de automanejo bueno (94pnts).

Con respecto a la primera dimensión que corresponde al nivel de conocimientos (0 – 16pnts) se presentó un nivel regular en el 58.8% mientras que solo el 32% presento un nivel adecuado, mientras que en la dimensión de nivel de adherencia al tratamiento (0-56pnts) el posee un predominio en el 52.9% de la muestra de un nivel regular automanejo, en esta dimensión el indicador con mayor deficiencia es aquella que involucra al paciente en la toma de decisiones de manera conjunta con el medico con respecto al tratamiento y adopción de otras medidas terapéuticas, mientras que la pregunta con mejor puntaje registrado es la que hace referencia al cumplimiento de las citas y controles programados por su médico tratante pues el 77.9% de los pacientes refirió una asistencia adecuada.

Al analizar la tercera dimensión, manejo de síntomas (0-24), los usuarios de los centros de salud manifestaron niveles regulares (44.1%) y buenos (51.5%) de automanejo que refleja un adecuado nivel, siendo el indicador de interacción social el de mejores resultados (69.1%), y con resultados significativamente adecuados en los otro indicadores correspondientes a la estabilidad emocional y los efectos secundarios en la salud física.

Tabla 3:
 Funcionalidad Familiar por indicadores de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7
 centros de salud de la red Túpac Amaru Lima Norte – 2018

MUESTRA: 68 (100%)											
	NUNCA		CASI NUNCA		ALGUNAS VECES		CASI SIEMPRE		SIEMPRE		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	
1. CAPACIDAD RESOLUTIVA	5	7,4	5	7,4	19	27,9	20	29,4	19	27,9	
2. PARTICIPACION	6	8,8	4	5,9	12	17,6	23	33,8	23	33,8	
3. ADAPTACION	4	5,9	3	4,4	14	20,6	25	36,8	22	32,4	
4. AFECTIVIDAD	6	8,8	7	10,3	10	14,7	19	27,9	26	38,2	
5. GESTION DE RECURSOS	4	5,9	8	11,8	12	17,6	19	27,9	25	36,8	

La siguiente variable estudiada fue la funcionalidad familiar evaluada por el instrumento “APGAR familiar” el cual mide a través de 5 preguntas la percepción sobre el funcionamiento de la familia que conforma. En la Tabla 3 podemos observar que frente a la capacidad de la familia para resolver problemas, los pacientes el 57.3% refirió satisfacción en la mayoría del tiempo (siempre y casi siempre), además encontramos que la satisfacción en el 67.6% de los encuestados sobre su participación en la familia era muy frecuente (siempre y casi siempre), en el caso de la percepción sobre la adaptación familiar el 20.6% refirieron satisfacción solo algunas veces, en la afectividad el 33.8%, un nivel bajo de satisfacción (casi nunca, nunca y a veces) adicionalmente que en la gestión de recursos el 36.8% presento satisfacción en la totalidad del tiempo.

Tabla 4:

Clasificación de Funcionalidad Familiar de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru Lima Norte – 2018

TABLA 4: Categorización de la Funcionalidad según test de APGAR familiar			
		Muestra: 68 (100%)	
		Fr	%
Funcionalidad			
familiar			
	Normal (17 – 20)	27	39,7%
	Disfunción leve (13 – 16)	17	25,0%
	(10-12)	12	17,6%
	Disfunción severa (9 – 0)	12	17,6%

El instrumento “APGAR familiar” nos brinda como resultado niveles de funcionalidad familiar, luego del procesamiento de las respuestas y como se observa en la tabla 4, se evidencio que solo el 39.7% presentaba una funcionalidad familiar normal mientras que el 60.2 presento disfuncionalidad en alguno de sus niveles (leve, moderado y severo), de igual manera existió un predominio de la disfunción familiar leve con un 25% (17)

Tabla 5:

Correlación según Tau b Kendall entre la variables “Automanejo”, sus dimensiones y la variable “Funcionalidad Familiar” de los pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru Lima Norte – 2018

Correlación según Tau b Kendall		
MUESTRA: 68 (100%)		
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR
NIVEL DE AUTOMANEJO GLOBAL	Coeficiente de correlación	-0,341**
	Sig (bilateral)	0,004
NIVEL DE CONOCMIENTOS	Coeficiente de correlación	-0,186
	Sig (bilateral)	0,129
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Coeficiente de correlación	-0,207
	Sig (bilateral)	0,090
MANEJO DE SINTOMAS	Coeficiente de correlación	-0,564**
	Sig (bilateral)	0,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Finalmente al analizar la relación entre “automanejo” y “funcionalidad familiar”, encontramos en la tabla 5 una significancia estadística con 0.004, pero evidenciamos que el coeficiente de relación entre ambas variables de estudio es negativo (-0.341) eliminando la afirmación de la asociación positiva de ambas variables, por lo que podemos negar que a mejor funcionalidad familiar es mejor el nivel de automanejo.

De igual manera al analizar los resultados de cada una de las dimensiones en relación con la funcionalidad familiar, encontramos que las tres dimensiones muestran un coeficiente de relación negativo lo cual rechaza la posibilidad de una relación directamente proporcional con la variable funcionalidad familiar, además solo los resultados de la dimensión “manejo de síntomas” presentaron una significancia estadística alta (0.000).

IV. Discusión:

En el presente capítulo se encuentra redactada la discusión de resultados, en contraste con la realidad problemática, marco teórico y trabajos previos.

Correspondiente al desarrollo de algunas características socio demográficas propias del estudio como respuesta al primer objetivos, encontramos el predominio de población femenina se presentada en todos los estudios nacionales revisados en esta investigación ^{10,12}, de igual manera que algunos de los trabajos internacionales como los realizados en Tailandia por Wattanakul, y en México por García.^{13,23}.

El estado civil de los encuestados reflejó que estos mantenían una relación en pareja, a través de unión por convivencia o matrimonio en su mayoría,

En el caso del grado de instrucción, la mayoría de los usuarios refirieron haber cursado estudios secundarios completos o incompletos, evidenciando el nivel educativo bajo a regular de los pacientes diabéticos, incluso se llegaron a presentar casos de personas iletradas.

Además entre los hallazgos registrados la edad que se presentó en mayor medida fue de 60 a 75 años, presentando además extremos de edades de 81 años, corroborando las cifras estimadas del aumento de la esperanza de vida.⁵

Una de las características de la diabetes mellitus es la capacidad que posee esta enfermedad para provocar la aparición de otras enfermedades, crónicas en la mayoría de los casos, relacionada con el tiempo de la enfermedad, por lo que en la presente investigación se verifico la existencia de enfermedades concomitantes, encontrándose un porcentaje del 39.7% con al menos una dolencia, además que los años de enfermedad mostraron a usuarios con diabetes mellitus de diagnóstico reciente, estas características no concuerdan con el estudio realizado en Perú por Lago y Flores, quienes encontraron un tiempo mucho mayor de duración de la enfermedad, aproximadamente de 10 años.¹¹

Otra característica de nuestra muestra fue el tipo de aseguramiento en salud que poseían debido a los altos que la DM demanda, encontrando a más de la mitad de ellos asegurados bajo el sistema del SIS.

Con respecto al índice general de automanejo y en contraste con otros trabajos realizados en Perú, se encuentra un nivel adecuado de manera predominante en el 55.9% de los usuarios encontrados en esta investigación, además se reflejan similitudes con el trabajo realizado en

Puente Piedra por Peñarrieta *et al.* Quien manifestó una media de 65 pnts que interpretándose como un adecuado nivel en el índice general de automanejo ¹⁰, las similitudes se encuentran también en otro trabajo realizado por Peñarrieta *et al.*, este conformado por 400 personas con DM de las 562 que conformaron el estudio, en el que presento una media de 69 pnts siendo también interpretadas como niveles adecuados¹²

En comparación con el estudio de Lagos y Flores que presentó niveles regulares en el 56% de sus intervenidos, las capacidades de automanejo en la población de este estudio muestran mejores condiciones, tal vez asociadas con el tiempo de diagnóstico su enfermedad, pues estos presentan un diagnóstico mucho más reciente.¹¹ A nivel internacional las comparaciones con el trabajo de Garcia J. en Mexico las interpretaciones en base a la media de 80.5 (0-100) obtenidas por el autor se manejan como adecuadas asemejándose a las obtenidas en el presente estudio¹³

Peñarrieta resalta las diferencias del automanejo entre ambos sexos, refiriendo que los niveles deficientes y regulares de automanejo se relacionaban al sexo femenino ¹⁰ pero otro estudio realizado por el mismo autor en Lima difiere de esta relación ¹²

El nivel de conocimientos de los participantes mostro indicadores regulares en el 58.8%, con resultados parecidos al trabajo desarrollado por Peñarrieta *et al.* Que refirió conocimientos regulares, siendo esta dimensión la de mayor problemática en aquella población de estudio, en otra investigación desarrollada en el hospital de Puente Piedra por Peñarrieta *et al.*, los pacientes poseían conocimientos deficientes, al igual que en México con García, que la dimensión nivel de conocimientos fue la de mayor problemática en su estudio, a la aplicación de otra investigación en el Hospital de Puente Piedra por Lago y Flores predominaron cifras regulares en el 49%.^{10,11,12,13}

Con respecto a esta dimensión, en un estudio de tipo experimental realizado por Attachian en California se comprobó que aquellos pacientes que recibían información y participaban de un programa educativo, mejoraban sus niveles de conocimiento, adicionalmente, comprobaba que aquellos que luego de la educación adquirirían un buen nivel de conocimientos se veía reflejado en un eficiente control de la diabetes mellitus.²²

Estudios refieren también que la educación en pro de mejorar los conocimientos influye en el nivel de automanejo y el control de la diabetes mellitus²² , si se le capacita a una persona en cuidados y cumplimiento de restricciones alimenticias y buenos estilos de vida la aceptación

del paciente a cumplirlas se verá incrementada en gran medida y también será adoptada por los demás miembros de la familia^{14, 19} todas estas evidencias son refutadas por el estudio desarrollado por Wattanakul, en Tailandia que demostró que el nivel de conocimiento no generaba mayor diferencia en el control de la HbA1c²³

Siendo un problema en los pacientes con diabetes mellitus la buena adherencia al tratamiento el 27% de los pacientes a nivel nacional que reciben tratamiento no cumplen con una buena adherencia al tratamiento⁷, esta investigación reveló que a modo general esta dimensión se caracterizó por presentar niveles regulares (52.9%) y adecuados (44.1%) pues no solo en el presente estudio sino que también en otros realizados en Perú se evidencio el regular nivel cumplimiento del régimen terapéutico, en el estudio del año 2013 en Puente Piedra mostró una media de 38 pnts consistente con un nivel regular de automanejo en esta dimensión, además en otro estudio realizado por Peñarrieta en la Micro red Disa Lima, mostró que de igual manera se presentaron resultados regulares, a diferencia de las investigaciones internacionales, pues en Tamaulipas presento un adecuado nivel ^{10,12,13}

Encontramos además que el indicador al mayor énfasis a la adherencia al tratamiento la pusieron los pacientes fue el cumplimiento con las citas de control los mismos que refirieron que asistían a los controles con el médico, los análisis de laboratorio y otros, además de estar al tanto de los signos y síntomas de alarma y aplicar buenos estilos de vida saludable, mientras que la confianza con su médico tratante para poder influir el régimen terapéutico y una participación activa de la toma de decisiones sobre el tratamiento, fue deficiente y regular en el 72% de la población, resultados muy preocupantes pues entre los pacientes crónicos y el personal de salud que lo atiende debe existir lazos de confianza y apoyo.

Con respecto a la tercera dimensión que implica el manejo de los síntomas se presentó en nivel adecuado en el 51.5%, pese a esto también se encontraron resultados altos en el nivel regular con un 44.1% de los pacientes intervenidos del presente estudio ,puntajes similares que en un estudio realizado en Puente Piedra por Peñarrieta en el que los pacientes con diabetes fueron quienes mejor manejo de síntomas presentaron ¹⁰, con respecto a los aspectos emocionales en los que refirió que tenía poco interés de realizar las cosas y con poca energía¹², mientras que en el presente trabajo no refirió dichos problemas, y que el equilibrio emocional y la interacción social no genero mayores incomodidades en los intervenidos, adicionalmente en un estudio en Bogotá por Bautista y Zambrano los pacientes con DM manifestaron encontrarse muy

satisfechos con su vida social y amistades y que el 76.6% de los pacientes presentaron efectos secundarios de la terapéutica y no comunicaron a sus familiares sobre lo sucedido.²⁰

Con respecto a los tipos de familia predominantes, las cifras en Perú indican un aumento del crecimiento de los hogares peruanos⁵, siendo corroborado por las cifras encontradas en esta investigación que muestra un predominio de las familias de tipo extensas, mientras que en la realidad mexicana se encontró el predominio de familias nucleares¹³, al hacer comparación entre este trabajo y el realizado por Mar – García se encontró un mayor porcentaje de familias atípicas y parejas convivientes que en los resultados obtenidos de esta investigación en los que encontramos un pequeño número en ambos tipos, esto es respaldado por las cifras del INEI que manifiesta que 11.7% de las personas en Perú viven solas.¹⁵

La funcionalidad familiar en esta investigación se vio caracterizada por la presencia de la disfuncionalidad familiar en sus tres niveles con el 60.2% de los cuales el 25% presentó disfuncionalidad leve al igual que en un estudio realizado en México en el que se caracterizó por presentar disfuncionalidad familiar leve y moderada, además que, durante esta investigación se apreció un menor número de familias extensas en comparación con el presente estudio¹⁸, otro estudio tomado como referencia fue el que García desarrolló siendo este estudio de tipo correlacional desarrollado en México en el que también se estudió la funcionalidad familiar, se encontró que la disfunción se presentó en menor a al obtenido en este trabajo¹³, sin embargo en otro estudio que se realizó en Perú con las mismas variables por Lagos y Flores se manifestó en la mitad su muestra de estudio disfuncionalidad familiar moderada, mientras que Jiménez, Baillet, Avaloz y Campos refirieron alta satisfacción del apoyo familiar, el 84.6% presentaron normofuncionalidad en sus familias, y una cifra bastante pequeña de disfuncionalidad (15.4%).¹⁷

Al analizar la relación entre la Funcionalidad Familiar y el nivel de automanejo y sus dimensiones con sus correspondientes dimensiones, encontramos que no existe una asociación positiva entre ambas variables, resultados que difieren de los resultados del estudio realizado en México que evaluó las mismas variables en la que encontró una relación directamente proporcional, cabe resaltar que algunas características familiares varían entre la realidad peruana y la mexicana como es el tipo de familia predominando en la realidad peruana la familia extensa y el predominio de mujeres en la muestra.¹³

La OMS define a la familia como un “microambiente”³⁰ es decir un contexto en el cual las

personas se desarrollan física, social y emocionalmente, y que muchas veces puede condicionar el actuar y los métodos de afrontamiento al estrés y enfermedades por lo que el tipo de familia y los integrantes de en el que los pacientes conviven puede influir en el comportamiento de los integrantes de este sistema.

La teoría explica que el automanejo tiene relación con los individuos y la familia, estos se deben comprometer con conductas saludables, es así que la familia se debe integrar nuevos conocimientos y conductas, y que el cambio en alguno de sus miembros afecta a todo el sistema, pero si tomamos en cuenta que los métodos de afrontamiento de cada persona es diferente, y vemos a la persona con un ser único la relación puede variar en algunos casos.

Entre las características de este estudio que difieren del realizado por García, se encuentran las características de la composición de la familia y el predominio del sexo femenino, dentro del contexto cultural peruano la mujer es considerada, como la principal proveedora del cuidado y que son las madres quienes cumplen las exigencias del cuidado, entonces podemos inferir que esta carencia de asociación positiva se puede encontrar relacionado con el aumento del empoderamiento y la independencia de las mujeres en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, y del nivel de importancia que le brindan a su salud y a la de los demás familiares, siendo las féminas quienes tuvieron mejor predisposición a ser intervenidas y educadas por el programa de automanejo, esta inferencia difiere de la del estudio realizado en Medellín en el que se indicaba que los lazos familiares cumplían un rol muy importante en la manera como los pacientes sobrellevan la enfermedad.

Otro estudio que puede explicar también cuál podría ser la causa de esta hipótesis nula es el realizado por Lagos y Flores que tuvo como resultado una asociación positiva entre las variables “funcionalidad familiar” y “automanejo” con sus respectivas dimensiones, entre las características sociodemográficas que difieren de este estudio se encuentra la antigüedad del diagnóstico los que los pacientes, puesto que investigación obtuvo como resultados una población con diagnóstico más reciente que la de Lagos y Flores, por lo que se puede suponer que los familiares se involucran en el proceso de la enfermedad crónica con el devenir del tiempo y el aprendizaje.¹¹

V. Conclusiones:

- Durante el análisis de la relación entre el automanejo y la funcionalidad familiar., se rechazó la hipótesis del estudio, se infiere además que no existe relación directamente proporcional entre ambas variables en la población de pacientes con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru – Lima Norte, durante el periodo 2018-1.

- El nivel de automanejo en el índice general de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presenta un predominio de tipo adecuado.

- El nivel de conocimientos de los pacientes con diabetes mellitus presento una clasificación regular en la mayoría de los entrevistados.

- En la dimensión de adherencia al tratamiento los usuarios de los centros de salud intervenidos presentaron un nivel regular, con resultados de tendencia de nivel adecuado, siendo la mayor problemática, la falta de involucramiento de los pacientes la toma de decisiones conjunta con el médico.

- La dimensión correspondiente a manejo de síntomas represento un nivel adecuado en la mayoría de los pacientes, siendo también la interacción social una de sus fortalezas.

- La funcionalidad familiar en los pacientes presento altos niveles de disfuncionalidad en sus 3 niveles siendo la de tipo leve la de mayor tendencia.

- No se comprueba una relación directa entre el automanejo en el nivel de conocimientos y la funcionalidad familiar

- No se comprueba una relación directa entre el automanejo en la adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar.

- No se comprueba una relación directa entre el automanejo en el manejo de síntomas y la funcionalidad familiar

VI. Recomendaciones:

- Se insta a las instituciones participantes del proyecto Capacitar al personal enfermero de los centros de salud , en estrategias de impacto y empatía que permita una mejor trascendencia de sus intervenciones en la DM 2
- Se debe fortalecer en los 7 centros de salud participantes los programas de pacientes crónicos a través de la difusión de los beneficios e importancia.
- Crear intervenciones específicas en cada una de las dimensiones contextualizadas para la realidad social de los pacientes y que se adapte a sus necesidades y creencias.
- Fortalecer el lazo familiar con los pacientes a través de la toma de conciencia frente a la DM, y la formación de caracteres empáticos.
- Crear estrategias de empoderamiento de los pacientes frente a su estado de salud, reforzando las habilidades de desarrollo y las oportunidades de mejora, creando pacientes firmes en su tratamiento y el control de su enfermedad.
- Crear estrategias de unión familiar y juegos de rol en el que se desarrolla la comprensión mutua y permite afrontar las dificultades propias del curso de la enfermedad.
- Generar independencia en el paciente para que este mismo pueda proveerse de manera autosuficiente de cuidados específicos y de cambios de estilos de vida.
- Educar a las mujeres cabezas de familia como las proveedoras del cuidado y de la vigilancia de sus familiares en la toma de iniciativa, además, de brindar esta misma educación a los miembros de la familia que se comprometan en el manejo de los pacientes.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Peñarrieta-De Córdova M., Reyes G., Krederdt S., Flores F., Resendiz E., Chavez-Flores E. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2015, N.º 4. Disponible en: http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
2. Organización Mundial de la salud. Informe mundial sobre la diabetes.OMS:2016 Disponible en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
3. EndocrinoPeru.diabetes en el Perú, Perú: Endocrino Perú ; 2016 Disponible en: <https://www.endocrinoperu.com>
4. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2014. Informe estadístico de INEI. Perú: INEI Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf (n)
5. Aramburu C. hogares y familias en el Perú: Cambios y Retos. Pontificia Universidad Católica del Perú: Lima ; 2017 Disponible en : www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgnna/hogares-y-familias-en-el-peru-2017.pptx
6. ESSALUD Perfil epidemiológico de la población asegurada por redes asistenciales y sus elementos condicionantes. 2015
7. Sausa M. Día Mundial de la Diabetes: En el Perú el 50% de personas no está diagnosticada. Perú 21. Lunes 14 de noviembre del 2016; Actualidad <http://peru21.pe/actualidad/dia-mundial-diabetes-peru-50-personas-no-esta-diagnosticada-video-2262284>
8. Ibarra R , Rocha L , Hernández O , Nieves R , Leyva J R. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Jun 26] ; 140(9): 1126-1131. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872012000900004&script=sci_arttext&tlng=pt
9. Organización panamericana de la salud. Apoyo al automanejo. OPS: 2013 Disponible en: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/47555/mod_resource/content/1/Binder6.pdf
10. Peñarrieta-De Córdova M, VergelCamacho S, Lezama-Vigo S, Rivero- Álvarez R, Taípe-Cancho J, Borda-Olivas H. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. Rev enferm Herediana.

- 2013;6(1):42-49. Disponible en : <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>
11. Lago-Mendez H, Flores-Rodriguez N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes Mellitus e hipertensión Arterial en el hospital de Puente Piedra-Lima. Ciud salud, jul-dic 2014; 1(2). Disponible en: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/23/20>
 12. Peñarrieta-De Córdova M., Reyes G., Krederdt S., Flores F., Resendiz E., Chavez-Flores E. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2015, N.º 4. Disponible en : http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
 13. J. Mar-García, I. Peñarrieta-de Córdova, R. León-Hernández, T. Gutiérrez-Gómez, O. Banda-González, S. Rangel-Torres, M. de León-Ramírez, Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2, Enfermería Universitaria, 14 (3)2017,155-161, Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300416>)
 14. Asociación Mexicana de Diabetes. Familia y Diabetes. AMD : Mexico DF ; 2017 [Citado Marzo 2018] Disponible en: <http://amdiabetes.org/familia-y-diabetes>
 15. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional de fortalecimiento de familias 2016 – 2021. MMPV: Lima; 2016. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgna/presentacion-DIFF.pptx>
 16. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar nacional y regional- 2016 INEI:Lima; 2016. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/Informes/Libro_ENDES%202016.pdf
 17. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel L,Ávalos-Pérez F,Campos-Aragón L.Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención Familiar. 23(4),129-133;2016. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X?via%3Dihub>
 18. Reyes AT, Castillo FAM, Morales GA, Ramos OM, Quitl IT, Velazquez MDSV. Funcionalidad familiar desde la perspectiva de un integrante con diabetes mellitus tipo 2 en la Sierra Negra de Puebla. Journal Health NPEPS. 2016; 1(2):136-144.
 19. Rojano L, Unikel C, Reidl L., El proceso de autoregulacion de la alimentación en diabetes tipo 2. Revista Alternativas en Psicología. [revista en internet] 2016 [fecha de consulta: 29 de junio del 2017](33) Disponible en: <http://www.alternativas.me/attachments/article/98/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa.%20N%C3%BAmero%2033%20-%20Agosto%202015%20-%20Enero%202016.pdf>
 20. Bautista L , Zambrano G, La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Fecha de consulta: 29 de junio de 2017]2015(17): 131-148.Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145233516009.pdf>
 21. Gallegos E., Cardenas V. y Sales M. capacidades de autocuidado del adulto con diabetes mellitus tipo 2. Investigación y educación en enfermería: Medellín [

- fecha de consulta: 7 de septiembre del 2017] Disponible en :
<http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iee/article/download/16864/14602>
22. Atachian P. The Effects of Group Based Diabetes Self-Management Education Programs on Hemoglobin A1c in Type 2 Diabetic Adults. UCI : California. 2017. [fecha de consulta: 17 de septiembre del 2017] disponible en :
<http://escholarship.org/uc/item/0t306071>
 23. Wattanakul, B. (2012). *Factors influencing diabetes self-management behaviors among patients with T2DM in rural thailand* (Order No. 3550962). Available from ProQuest Central. (1284417065). Retrieved from
<https://search.proquest.com/docview/1284417065?accountid=3740>
 24. Organización Mundial de la Salud. Diabetes: nota descriptiva OMS: Ginebra ; 2017 [citado Marzo 2018] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
 25. National institute of diabetes and digestive and kidney disease. Sintomas y Causas de la diabetes. Bethesda : National Diabetes Information Clearinghouse; 2009 vol.6 disponible en:<https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
 26. American Diabetes Association. Aspectos Genéricos de la diabetes. American Diabetes Association.: Arlington ; 2014[citado Marzo 2018] Disponible en:
<http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/aspectos-genticos-de-la-diabetes.html>
 27. Organización mundial de la salud. ¿Qué es la diabetes? OMS:2017 disponible en; http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html
 28. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5): 525-38. doi: 10.1016/j.amepre.2012.01.019
 29. Colmenarez J. Modelos y Teorías de Enfermería. Hospital Oncológico: Enero 2012. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/81374583/MODELOS-Y-TEORIAS-DE-ENFERMERIA-COMUNITARIA>
 30. Organización Panamericana de la Salud. Salud adolescente – Familias. OMS: 2017- Disponible en :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3189%3Asalud-del-adolescente-familias&catid=2442%3Aadolescent-health-program&Itemid=2420&lang=es
 31. Alvarez M, De Montalvo F. La familia ante la enfermedad. Universidad Pontificia Comillas: España; 2010. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=408184>
 32. Flinders University .Flinders Program Information paper. EUA:2017
<http://www.flinders.edu.au/medicine/fms/sites/FHBHRU/Flinders%20Program%20Information%20Paper.pdf>
 33. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención; OMS: 2010. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18852es/s18852es.pdf>

34. Improving Chronic Illness care .Self-management support. USA : 2016 Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Self-Management_Support&s=22
35. Harvey PW, Docherty B. Sisyphus and chronic disease self-management: health care and the self-management paradox. Australian Health Review. [feature article]. 2007 May;31(2):184-92
36. Peñarrieta-De Córdova M, VergelCamacho S, Lezama-Vigo S, Rivero- Álvarez R, Taipe-Cancho J, Borda-Olivas H. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. Rev. Cient. de Enferm. 2012; VIII(1):64-73
37. Bellon Ja, Delgado A,D Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Granada; 1996 16(6), 289-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-fiabilidad-cuestionario-funcion-familiar-apgar-familiar-14357>
38. Suarez M., Alcalá M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr 16]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
39. De la Revilla AL, Fleitas AL. Función y disfunción familiar En: De la Revilla AL , Conceptos e instrumentos de l atención familiar Barcelona, España : Doyma; 1994 91-100. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_50-59.pdf
40. Flinders University. The Flinders program tolos.Flinders Human Behaviour & Health Research unit: 2016 Disponible en: <http://flindersprogram.com/about/information-paper/the-flinders-program-tools/>

INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO PARTNERS IN HEALTH SCALEMR 361
Nivel de automanejo en enfermedades crónicas

I. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS										
2.Edad					3.Sexo:		Femenino ()		Masculino ()	
4.Estado civil:		Casado/Unión libre ()			viudo()		divorciado()		Soltero()	
5.Por favor marque el número que indique el año más alto de escuela que ha completado:										
1 2 3 4 5 6		7 8 9			10 11 12			13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23+		
(Primaria)		(Secundaria)			(Preparatoria)			(Universidad)		

i. De las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

		Muy poco			Algo			Mucho		
		0	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:									
2.	En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es :									
3.	Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud									
4.	Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas									
5.	Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas,etc									
6.	Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud									
7.	Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):									
8.	Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran									
9.	Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):									
10.	Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.									
11.	Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.									
12.	En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):									

APGAR FAMILIAR					
	0= NUNCA	1= CASI NUNCA	2 = A VECES	3= CASI SIEMPRE	4= SIEMPRE
1. ME SATISFACE LA AYUDA QUE RECIBO DE MI FAMILIA CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA Y/O NECESIDAD					
2. ME SATISFACE LA PARTICIPACION QUE MI FAMILIA ME BRINDA Y PERMITE					
3. ME SATISFACE COMO MI FAMILIA ACEPTA Y APOYA					
4. ME SATISFACE COMO MI FAMILIA EXPRESA AFECTOS Y RESPONDE A MIS EMOCIONES COMO ENOJO TRISTEZA AMOR Y OTROS					
5. ME SATISFACE COMO COMPARTIMOS EN MI FAMILIA ; A) EL TIEMPO PARA ESTAR JUNTOS, B) LOS ESPACIOS EN LA CASA, C) EL DINERO					
PUNTAJE TOTAL					

a. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION	TECNICAS E INSTRUMENTOS
¿Cuál es la relación que existe entre el automanejo y la funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus usuarios de 7 centros de salud de la red Túpac Amaru – 2018?	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la relación entre el nivel de automanejo con la funcionalidad de las personas con diabetes mellitus que son usuarias de 7 centros de salud de la Red de Salud Túpac Amaru – 2018 <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir las características sociodemográficas de la población estudiada. - Identificar el nivel de automanejo en las personas con diabetes mellitus 	FUNCIONALIDAD FAMILIAR	<p>Puntaje evaluado a través de una escala de Likert (0-4pnts)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADAPTACIÓN: me satisface como mi familia acepta y apoya - PARTICIPACIÓN: me satisface la participación de la familia - GESTIÓN DE RECURSOS: me satisface como compartimos con mi familia - AFFECTIVIDAD: me satisface como mi familia expresa afectos - CAPACIDAD RESOLUTIVA: me satisface la ayuda que recibo <p>RESULTADOS:</p> <p>Funcionalidad familiar normal: cuando consiga un puntaje de 17 – 20</p> <p>Disfunción familiar leve : puntaje de 13 – 16</p> <p>Disfunción familiar moderada : consiguiendo un puntaje 10 – 12</p> <p>Disfunción familiar severa: consiguiendo un puntaje de 9 – 0</p>	<p>La investigación se tipifica de la siguiente manera:</p> <p>Tipo: NO EXPERIMENTAL</p> <p>Nivel: DESCRIPTIVO - RELACIONAL</p> <p>tiempo: CORTE TRASVERSAL (6 meses)</p>	<p>Población 224 personas pertenecientes a 7 centros de salud de la red Túpac Amaru</p> <ul style="list-style-type: none"> - Milagros de la fraternidad - Quechuas - Santa Luzmila III - Sangarara - Laura Rodríguez - Collique III zona 	<p>Técnica: CUESTIONARIO</p> <p>Instrumento: PARTNER S IN HEALTH SCALE</p> <p>APGAR FAMILIAR</p> <p>ESTADISTICOS: MEDIA RANGOS FRECUENCIAS</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de conocimientos de las personas con diabetes mellitus - Identificar el nivel de automanejo en la dimensión de adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus - Identificar el nivel de automanejo en la dimensión de manejo de síntomas de las personas con diabetes mellitus - Identificar la funcionalidad familiar de las personas con diabetes mellitus - Establecer la relación entre automanejo en la dimensión nivel de conocimientos y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus 	AUTOMANEJO	<p>Puntaje evaluado a través de escala de Likert. Puntaje total del cuestionario (0 – 96) Puntaje total por dimensiones del cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimientos (0 – 16) <ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento del estado de salud -Conocimiento del tratamiento y cuidados • Adherencia al tratamiento (0 – 49) <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del tratamiento y - Relación con el medico sobre decisiones en el tratamiento - Solicitud al médico sobre aspectos del tratamiento a cambiar - Asistencia a las citas programadas - Al tanto de los signos y síntomas de alerta - Medidas tomadas en presencia señales de advertencia 		<p>- Carmen medio</p> <p>Muestra: 68 personas con DM 2 usuarias de 7 centros de salud de la Red Túpac Amaru</p> <p>Muestreo NO PROBABILISTICO</p>	<p>PORCENTAJES COEFICIENTES DE RELACION</p> <p>Los datos serán procesados con el software estadístico SPSS 22</p>
--	--	-------------------	---	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer la relación entre automanejo en la dimensión adherencia al tratamiento y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus - Establecer la relación entre automanejo en la dimensión manejo de síntomas y funcionalidad familiar en las personas con diabetes mellitus 		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de estilos de vida saludables <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de síntomas (0 – 24) - Manejo de efectos secundarios de la enfermedad en relación al estado físico - Mantenimiento del equilibrio emocional Interacción social 			
--	---	--	---	--	--	--



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Lorena Moreno Ramirez
Assignment title: tesis final
Submission title: automanejo
File name: IONALIDAD_FAMILIAR_EN_PACIEN...
File size: 168.81K
Page count: 54
Word count: 13,295
Character count: 72,216
Submission date: 21-Jun-2018 10:58PM (UTC-0500)
Submission ID: 970552231

 UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

"Relación entre automanejo y funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarias de 7 centros de salud Red Túpac Amaru- 2017"

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

Autor
Moreno Ramirez, Lorena Cecilia

Asesor(es)
Mg. Tejada Torres, Tania Elisa

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Enfermedades no transmisibles

LIMA - PERÚ
2018



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Código : F06-PP-PR-02.02
 Versión : 09
 Fecha : 23-03-2018
 Página : 1 de 1

Yo, Torres Elisa Tepida Torres
 docente de la Facultad Ciencias Médicas y Escuela
 Profesional Experiencia de la Universidad César Vallejo Ríma Yauli (precisar filial
 o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“ Relación entre autonomía y funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarias de 7 centros de salud Red Tupac Katari - 2017 ”

del (de la) estudiante Moreno Ramirez Lorena Cecilia,
 constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha UCV - Ríma Yauli
23/03/18

Torres Elisa Tepida

Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 25602341

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

17

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERIA

“Relación entre automanejo y funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo II usuarias de 7 centros de salud Red Túpac Amaru– 2017”

41

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

Autor

Moreno Ramirez, Lorena Cecilia

Match Overview

17%

1	docplayer.es Internet Source	4%
2	Submitted to Universid... Student Paper	3%
3	www.bysde.paho.org Internet Source	1%
4	repositorio.unsa.edu.pe Internet Source	1%
5	dspace.unitru.edu.pe Internet Source	<1%
6	sociales.redalyc.org Internet Source	<1%
7	repositorio.upao.edu.pe Internet Source	<1%



FORMATO DE SOLICITUD

Solicita: Vº Bº entrega Tesis digital

Escuela: Enfermería
Yo: Lorena Cecelia Moreno Jimenez
DNI: 73092056 y con domicilio en Av. Grau 569 - La Punta

Ante usted con el debido respeto expongo lo siguiente;

Que en mi condición de egresado de la Escuela Profesional de Enfermería del semestre 2018 I, identificado con código de matrícula de la facultad de Ciencias Médicas, recorro a su honorable despacho para solicitar lo siguiente:

Vº Bº entrega de tesis
Automanejo y funcionalidad de insulina en pacientes
con Diabetes Mellitus en FCS de la Sed T. Amaru

Por lo expuesto agradeceré ordenar a quien corresponde atienda a mi petición, por ser de justicia.

Lima, 20 de Junio de 2018.

Firma de solicitante: [Firma]
Teléfono: 986597217
Correo: lor.pedra.m.c@gmail.com



