



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD**

Escuela Profesional de Enfermería

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN EL
ADULTO MAYOR CON DIABETES. HOSPITAL II ESSALUD.
HUARAZ, 2017.**

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora:

TRANCA DOLORES YASMIN CARLA

Asesora:

Mg. Marialita Ramírez Preciado

HUARAZ - PERÚ

2017

Palabras Clave

Funcionamiento, autoestima.

Key Word

Performance, self-esteem

Línea de investigación:

02020003 Salud Pública

Título

Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. Hospital II EsSalud. Huaraz, 2017.

Resumen

El presente estudio de investigación denominado Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. Hospital II EsSalud. Huaraz, 2017, tuvo como propósito, determinar la relación entre el Funcionamiento Familiar y el Nivel de Autoestima del Adulto Mayor Diabético. La población de estudio fue de 96 adultos mayores diabéticos de ambos sexos, de tipo correlacional, de diseño no experimental. El estudio se realizó en el Hospital II Essalud - Huaraz, el instrumento que se utilizó para la variable Funcionamiento Familiar; es el diseñado por Smilkstein (1978) y para la variable Nivel de Autoestima, el diseñado por Stanley Coopersmith (1967). Para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS V22 con la prueba de chi cuadrado y el programa de Microsoft Excel 2010, para el diseño de las tablas y gráficos.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones: El Funcionamiento Familiar del adulto mayor diabético es muy funcional, su nivel de autoestima es baja y existe una relación significativa entre Funcionamiento Familiar y Nivel de autoestima.

Abstract

The present research study called Familiar Functioning and Self Esteem in the Elderly with Diabetes. Hospital II Essalud. Huaraz, 2017, aims to determine the relationship between Family Performance and the Self-Esteem Level of the Diabetic Senior Adult. The study population is 96 elderly diabetics of both sexes, of correlational type, of non-experimental design. The study was performed at Hospital II Essalud - Huaraz, the instrument that was used is for the variable family functioning; The one designed by Smilkstein (1978) and for the self-esteem level variable designed by Stanley Coopersmith (1967). For the data processing, was used the statistical program SPSS V22 with the chi-square test and the Microsoft Excel program for the Design of tables and graphs.

ÍNDICE

Palabras clave.....	i
Título.....	ii
Resumen.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	7
I.1. Antecedentes y fundamentación científica	7
I.2. Funcionamiento familiar	8
I.2.1. Familia.....	8
I.2.2. Funcionalidad familiar.	12
I.3. AUTOESTIMA.....	13
I.3.1. Componentes de la autoestima.....	14
I.3.2. Tipos de autoestima.....	14
I.3.3. Aspectos que componen la autoestima	16
I.3.4. Pilares para lograr una autoestima triunfadora.....	17
I.3.5. Lo que obstaculiza el autoestima	17
I.4. DIABETES MELLITUS.	22
I.4.1. Tipos de diabetes.....	23
I.4.2. Consecuencias de la diabetes	23
I.4.3. Como reducir la carga de la diabetes	24
I.5. ADULTO MAYOR	25
1.5.1. Indicadores del adulto mayor	25
1.5.2. Tipos de personas adultas mayores	26
I.6. JUSTIFICACIÓN	27
I.7. PROBLEMA.....	27
I.8. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	28
I.9. HIPÓTESIS.....	29
I.9.1. Hipótesis alternativa.....	29
1.9.2. Hipótesis nula	29
I.10. OBJETIVOS	29
I.10.1. Objetivo general	29
I.10.2. Objetivo específicos	29

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
II.1. Tipo y diseño de investigación	29
II.1.1. Tipo de investigación.....	29
II.1.2. Diseño de investigación	30
II.2. Población	30
II.3. Técnica e instrumentos de investigación	30
II.4. Descripción	31
II.5. Procesamiento y análisis de la información	32
II.6. Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio	32
II.7. Procesamiento y análisis.....	32
III. RESULTADOS.....	33
III.1. Funcionamiento familiar en el adulto mayor con diabetes	33
III.2. Autoestima en el adulto mayor con diabetes.....	34
III.3. Funcionamiento familiar y autoestima en el adulto mayor	35
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
V.1. Conclusiones	39
V.2. Recomendaciones	39
VI. AGRADECIMIENTOS.....	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
VIII. ANEXOS Y APÉNDICES.....	43

I. Introducción

I.1. Antecedentes y fundamentación científica

Sólo se encontraron antecedentes en el ámbito nacional:

Tello (2014), en Lima realizó un estudio, Nivel de Satisfacción del Adulto Mayor con Respecto al Tipo de Funcionamiento Familiar en un Centro de Atención de Salud del MINSA, 2014. Se planteó el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de salud del MINSA. Para lo que se aplicó la técnica de la entrevista y como instrumento la escala de Likert (evalúa el nivel de satisfacción del adulto mayor, la cual se basa en sus tres dimensiones; biológico psicoemocional y social), se utilizó también un cuestionario de funcionamiento familiar y como instrumento se utilizó el Test de Apgar Familiar, que midió el tipo de funcionamiento familiar, cuyas dimensiones son; la adaptación, participación, gradiente de recursos, afectividad y capacidad resolutive; concluyó que el nivel de satisfacción del adulto mayor es de satisfecho, con respecto al tipo de funcionamiento familiar, ya que la familia ocupa un valor importante en la vida del adulto mayor, sobre todo en el desarrollo de su satisfacción como persona, logrando así una mayor integración con sus miembros y entorno familiar. El adulto mayor se siente satisfecho, ya que la familia le brinda ayuda, compañía y comprensión en las actividades y rutinas de su vida diaria, favoreciendo así a una conducta saludable para ellos mismos, como el bienestar físico y fisiológico. Con respecto al tipo de funcionamiento familiar de adultos mayores, se evidencia una funcionalidad moderna ya que la familia es apoyo vital para sus miembros, esto se debe a que, si una familia está bien constituida en lo que respecta a funcionalidad e integración, entonces se tendrá una mayor satisfacción de sus integrantes, en caso del adulto mayor.

Salvatierra y Pajuelo (2015), en Trujillo realizaron un estudio, Autoestima y Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2 Hospital II - Chocope, 2015. Se plantearon el objetivo de determinar, la relación que existe entre la autoestima y la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, Hospital II - Chocope, 2015, para lo que se aplicó dos instrumentos, inventario de autoestima Stanley Coopersmith (consta de 25 ítems) y un cuestionario breve sobre calidad de vida, perteneciente a Fernández Ballesteros y Zamarrón M.D. (tiene 2 niveles; calidad de vida buena 75-99, mala calidad de vida 0-74),

concluyeron que los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, presentaron alto nivel de autoestima en un 16.4%, un 50.7% presentó nivel medio de autoestima y el 32.9 % un nivel bajo de autoestima, los pacientes presentaron nivel de calidad de vida bueno en un 66.4% y un 33.6 % presentó nivel malo de calidad de vida.

Chafio y Gallo (2015), en Chiclayo realizaron un estudio, Calidad de Vida del Adulto Mayor con Diabetes Mellitus que se atiende en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo, 2015. Se plantearon el objetivo de determinar la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el centro de salud José Olaya Chiclayo 2015, para lo que se aplicó como técnica la encuesta individual, por ser más adecuado para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atienden en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo, 2015. El instrumento que se utilizó, fue el cuestionario llamado Escala de FUMAT, el cual presenta las siguientes partes: nombre de la investigación, la introducción donde se hace referencia al objetivo, fecha de nacimiento, sexo y finalmente, 57 preguntas cerradas de alternativa múltiple, en el cual se evaluó, de forma objetiva, la calidad de vida. Concluyó que, la calidad de vida de un adulto mayor, es la combinación del bienestar objetivo y subjetivo, en los múltiples dominios de vida, consideradas de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos. La calidad de vida del adulto mayor con diabetes, se encontró con un percentil óptimo y el instrumento FUMAT, permitió analizar de manera independiente, las 8 dimensiones de cada adulto mayor con diabetes que se atiende en el centro de salud José Olaya.

Espinoza y Herrera (2015), en Pativilca realizaron un estudio, Maltrato Psicológico y su Relación con la Autoestima en Estudiantes de Educación Secundaria. Institución Educativa Libertador Simón Bolívar. Pativilca 2015. La investigación fue desarrollada bajo un diseño descriptivo correlacional, con una muestra de 197 estudiantes, de entre 11 a 14 años de edad. Se aplicó la técnica de encuesta y dos cuestionarios. Se utilizó el programa SPSS versión 23, realizándose la contrastación de la hipótesis mediante la prueba del chi cuadrado. Los resultados son: los estudiantes con maltrato psicológico, presentan autoestima media en un 38,1%, seguido por un 4,6% que corresponde a autoestima alta y finalmente un 4.1% presentó autoestima bajo. Por otro lado, los estudiantes que no presentaron maltrato psicológico de 32,5% presentan autoestima media, seguido por un 11,7% que corresponde a

autoestima alta y finalmente un 9,1% presenta autoestima baja. Se concluyó que existe una relación significativa entre maltrato psicológico y autoestima, relacionándose con la autoestima media.

Alejo y Gamarra (2015), en Barranca realizaron un estudio, Clima Socio Familiar y Nivel de Autoestima de Pacientes con Tuberculosis. Hospital de Barranca, 2014. Investigación descriptivo, transversal y correlacional no experimental, con una población muestra de 66 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, que asistían a la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis. Se usó un cuestionario para clima socio familiar y otro para nivel de autoestima de los pacientes, se utilizó el programa SPSS versión 21 y el chi cuadrado, la relación entre el clima socio familiar y nivel de autoestima de pacientes con tuberculosis del Hospital de Barranca, presenta un clima socio familiar desfavorable, con un nivel de autoestima bajo de 78,7% y un 6% presenta nivel de autoestima alto. Así mismo; podemos decir que, los pacientes que presentan un clima socio familiar favorable, el 9,2% manifiesta un nivel de autoestima bajo y el 6% un nivel de autoestima alto, concluyeron que el clima socio familiar influye en el nivel de autoestima del paciente con tuberculosis del Hospital de Barranca.

I.2. Funcionamiento Familiar

I.2.1. Familia

Según UNESCO, (2009), “La familia entendida como espacio de cuidado de los niños y niñas, de preocupación por su bienestar, y el infante como un ser distinto del adulto, con características propias. Como señala Ochoa, en cada año en París eran amamantados por sus madres. Otros mil recién nacidos, los niños de las familias privilegiadas, eran amamantados por nodrizas fuera de París. Muchos morían ante lo que hoy consideraríamos indiferencia de los padres, quienes frecuentemente ignoraban el paradero de sus hijos”. La familia es el núcleo o el epicentro donde se forma la sociedad o el país. Por esa razón no debe ser maltratada, violada, esclavizada, ignorada por su color de piel, desterrada por sus orígenes o principios de religión. Tampoco debe ser odiada por el sitio donde se ubica o vive en este mundo.

Según Hernández, (1998), se define a la familia como “un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamientos para sus miembros”, organizando

dichas normas sociales en patrones peculiares para cada institución, de acuerdo al área de la vida a la cual se ocupe. Así, a la familia le competiría garantizar:

- El funcionamiento biológico adecuado de los sujetos de la sociedad.
- La reproducción de sus miembros.
- La adecuada socialización.
- Abastecimiento y distribución de los bienes y servicios.
- Mantenimiento de un orden grupal y las relaciones con el resto del sistema social.

Según Minuchin, (1986), la familia era un grupo natural, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, estas constituyen; la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Según la OMS, (2009), se define a la familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia, dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”.

Según Hernández, (1998), las emociones se ponen a prueba en el núcleo familiar, puesto que es aquí el medio donde se puede practicar: la tristeza, alegría, miedo, amor, etc., siempre que él brinde un ambiente protector e íntimo, ligado al afecto incondicional que se ofrezcan entre sus miembros. Es así, que cuando la familia fracasa en dicho cometido, tendrá dificultades para su función de satisfacer emocionalmente a sus integrantes, quizá debido a que cuando experimentamos con nuestras emociones nos encontramos en una relación directa con la realidad física.

Vergara y Liñan (citado por Anzures, 2008), proponen que existen cinco fases en el ciclo vital de todas las familias:

- Fase de matrimonio: inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y termina con el nacimiento del primer hijo. Fundamental para la preparación de una vida, el acoplamiento en pareja, la adaptación de nuevos roles y la preocupación de satisfacer las necesidades básicas.
- Fase de expansión: en este momento se incorporan nuevos miembros cuyo ingreso

causan tensiones. Inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con el nacimiento del último.

- Fase de dispersión: se identifica con el hecho de que todos los hijos acudan a la escuela, la importancia se centra en ayudarlos a que se adapten socialmente, que desarrollen su autonomía y satisfagan sus necesidades.
- Fase de independencia: culmina cuando los hijos trabajan y son autosuficientes, en ocasiones forman nuevas familias, se presenta entre los veinte y treinta años.
- Fase de retiro y muerte: última etapa, se presenta desconcierto, nostalgia condicionada por la incapacidad para lograr, presencia de patología crónica degenerativa, desempleo, y agotamiento de recursos económicos, cuando no se toman providencias para poder afrontarla. nuevamente la pareja se encuentra sola.

Desde el punto de vista de su desarrollo social, la familia puede clasificarse en:

- Familia moderna: la madre trabaja fuera del hogar, lo cual modifica el rol de los cónyuges.
- Familia tradicional: el padre es el proveedor económico, excepcionalmente colabora la madre o uno de los hijos y se conservan los roles como tradicionalmente se han dado.
- Familia primitiva o arcaica: en general, la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que trabajan.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo a su ubicación geográfica de residencia en:

- Rural.
- Urbana.
- Suburbana.

De acuerdo con la integración familiar, se clasifica en:

- Familia integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Familia semi-integrada: los cónyuges viven juntos, pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.
- Familia desintegrada: ausencia de uno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación, abandono o la desintegración familiar por causas internas o externas.

Para Anzures (2008), las funciones de la familia son:

- **Socialización:** se refiere a transformar en un tiempo determinado a un individuo dependiente en una persona totalmente independiente. Capaz de participar y desarrollarse en la sociedad. Se inicia en la familia pero después esta función es responsabilidad compartida con la escuela, amigos, grupos de religiosos, grupos deportivos, etcétera.
- **Cuidado:** esta función presenta la especie humana, consiste en satisfacer sus necesidades físicas y sanitarias. Se identifican cuatro determinantes:
 - a) Vestido.
 - b) Alimentación.
 - c) Seguridad física.
 - d) Apoyo emocional.
- **Afecto:** corresponde a la necesidad de pertenencia y reconocimientos hacia nuestros semejantes.
- **Reproducción:** consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad con compromiso y responsabilidad; incluye aspectos de salud reproductiva y educación sexual.
- **Estatus:** es el reconocimiento de este grupo en la sociedad, transfiriéndole derechos y obligaciones con el objetivo de perpetuar privilegios y logros familiares.

I.2.2. Funcionalidad Familiar

Garcí y Liberato (como Citaron Florenzano y Col. (1996)), señalan que la funcionalidad familiar, está íntimamente relacionada al proceso de salud-enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente convergencia, sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones, apuntan a evidenciar que la familia, se convierte en un factor de protección o de riesgo, frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial.

I.3. Autoestima

La autoestima es la estimación propia, cuando nos amamos a nosotros mismos, demostrándose en nuestra actitud, aspecto físico, la manera de cómo nos arreglamos, la higiene personal, realizando ejercicio a favor de la salud, comer sano y todo en función a nuestro bienestar holístico.

Según Mckay, (1999), el anciano sano y su autoestima e imagen general, no difieren grandemente de otros grupos de edad, a excepción de la actividad física, el supuesto atractivo y capacidad sexual, que sólo se verá resentido si se compara con franjas de edad más jóvenes. El envejecimiento pues, puede ser auto percibido como positivo, cuando existe autonomía personal y funcional, relaciones agradables, estabilidad económica, estimulación física, mental y de responsabilidad con su propia existencia.

Según Coopersmith, (2009), autoestima en el área familiar: consiste en las buenas cualidades y habilidades en las relaciones íntimas con la familia, se siente más considerado y respetado, poseen mayor independencia, comparten ciertas pautas, valores y sistemas de aspiraciones con la familia. Poseen concepciones propias acerca de lo que está bien o mal dentro del marco familiar. En relación a los grados o niveles de autoestima, afirma que la autoestima puede presentarse en tres niveles: alta, media o baja, que se evidencian porque las personas experimentan las mismas situaciones en forma notablemente diferente, dado que cuentan con expectativas diferentes sobre el futuro, reacciones afectivas y auto concepto.

Rosemberg, (1992), señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva. La autoestima es un fenómeno actitudinal, creado por fuerzas sociales y culturales, que se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias; sustenta que, el nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción de sí mismo, en comparación con los valores personales que han sido desarrollados a través del proceso de socialización; afirma, que si la distancia entre, el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la autoestima es mayor; por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros. La autoestima hace referencia al valor o estimación que cada persona tiene sobre sí misma. La autoestima se manifiesta en lo que pensamos, decimos, sentimos y hacemos.

I.3.1. Componentes de la Autoestima

Para Mruk, (1999), la autoestima tiene tres componentes, ellos son:

Cognitivo: Se refiere a la opinión que se tiene de la propia personalidad y de las conductas.

Afectivo: Se refiere a la valoración de lo positivo y lo negativo que hay en el individuo, es un sentimiento de capacidad personal, pues implica un diagnóstico del propio merecimiento o valor como ser humano. Este elemento consiste en una autoestimación que nace de la observación propia de uno mismo y de la asimilación e interiorización de la imagen y opinión que los demás tienen y proyectan de nosotros.

Conductual: Se refiere a la autoafirmación y a la autorrealización dirigida hacia el llevar a la práctica un comportamiento consecuente, lógico y racional.

I.3.2. Tipos de Autoestima

Coopersmith, (2001), plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos disímiles. Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

Autoestima Alta: Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas.

Autoestima Media: Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores.

Autoestima Baja: Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tiene miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades.

Según Eguizabaal, (2007), fomentar la capacidad de adquirir compromisos y por lo tanto de ser más responsables al no eludirlos por temor. Potencia la creatividad al

aumentar la confianza en nuestras propias capacidades personales. Fundamenta la autonomía personal, al aumentar la confianza en nosotros mismos. Así, tendremos más capacidad de fijar nuestras propias metas. Nos permite establecer relaciones sociales más igualitarias y satisfactorias, al ser más asertivas y enfrentarnos a los conflictos con actitud positiva.

Aspectos que debemos tener en cuenta. Tener alta autoestima no es sinónimo de éxito: tener alta autoestima no quiere decir que automáticamente tendremos éxito ni que lograremos todo lo que deseemos, sin embargo, es un arma mu poderosa para cumplir nuestros sueños en tanto que hay confianza en nuestra persona y el reconocimiento de sabernos capaces. La autoestima se puede cambiar: quiere cambiar la autoestima ya que es un gran paso, pero debemos ser pacientes pues no es un proceso fácil y que requiere de un autoexamen para poder cambiar lo que no nos satisface de nuestra persona. No obstante, es posible y ello nos otorgará gran bienestar. En caso de que lo hayamos intentado pero no hemos obtenido resultados, podemos acudir a un especialista que nos pueda guiar.

Según Rojas, (2007), tener alta autoestima no significa ser presumido: Tener alta autoestima es amar y respetar nuestra forma de ser, descubriendo nuestros propios talentos y desarrollarlos. Tener confianza en nuestras ideas y en lo que hacemos, querernos por lo que somos y por lo que podemos llegar a ser. Tener alta autoestima es tener actitud positiva: tener alta autoestima incide en la actitud positiva para enfrentar la vida, y ayudar a otras personas compartiendo el ánimo y el valor que sentimos por cada ser humano. Cada vez que podamos, debemos ayudar a las personas que nos rodean a sentirse valiosas y a generar confianza a sí mismas. La calidad de vida de las personas, está notalmente influida por la forma de cómo, cada uno de nosotros se percibe y valora a sí mismo. Es importante construimos una autoestima que nos haga superarnos y no aquella que nos hunda más nuestros problemas.

La familia juega un rol muy importante, que influye directamente en la actitud que uno tiene consigo mismo, y en la imagen que uno posee de sí. La baja autoestima no siempre será causada por familias violentas, padres exageradamente severos e hirientes o padres aferrados a algún tipo de vicio. Como no existe una familia perfecta, es obvio que habrá ciertos elementos que propiciaran actitudes de poco amor propio. Además

de la familia, otros factores influyen; son la escuela y las amistades. Cuando uno es adolescente, es muy susceptible ante las críticas relacionadas a la apariencia, de manera que los chismes y bromas en torno a ella con el nombre de “apodos”, pueden resultar muy hirientes e incluso, pueden llegar a generar conflictos con un muchacho o muchacha.

Sin embargo, la apariencia no es el único aspecto que se ensalza o debilita nuestro amor propio, sino que existen otros múltiples factores. Por ejemplo, que alguien te llame “inútil” o te diga que vienes a calentar el asiento porque no rindes en clases, puede marcar tu vida. Mucho cuidado con las agresiones de este tipo, pues están creando sin saber, personas con actitudes de “yo no puedo”, “yo valgo menos” y otras muchas parecidas.

Las personas que tienen alta autoestima han sido generalmente criadas en un hogar en donde se les impartía aliento, se les hacía comentarios positivos en torno a sus méritos, y cuando fracasaban les decían “ánimo, tú puedes si te esfuerzas”, “puedes ser el mejor” y se les felicitaba por pequeños logros. El ambiente de cordialidad, de reconocimiento hacia sus preferencias, de cariño y aceptación de errores, fueron forjando su autoestima. Y desde su niñez, poco a poco fueron sabiendo quienes eran al escuchar aplausos por pintar, al escuchar una y otra vez sus nombres con sus palabras que los engrandecían.

I.3.3. Aspectos que Componen la Autoestima:

Según Rojas, (2007), la autoestima presenta unos cuantos componentes que deben conocerse, para más adelante saber qué hacer para mejorarla. Estos componentes tendrán que ver con lo que pienso, lo que siento y lo que hago. Los componentes son:

- **Componente cognitivo:** Supone actuar sobre “lo que pienso”, para modificar nuestros pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos y racionales.
- **Componente afectivo:** Implica actuar sobre “lo que siento”, sobre las emociones y sentimientos que tenemos acerca de nosotros mismos.
- **Componente conductual:** Supone actuar sobre “lo que hago”, esto es, sobre el comportamiento para modificar nuestros actos.

Los tres componentes están muy relacionados entre sí, de manera que actuando sobre uno de ellos obtenemos efectos sobre los otros dos. Si se modifica un pensamiento negativo, acerca de uno mismo por otro positivo, seguramente nos sentiremos mejor con nosotros mismos, y ese sentimiento de bienestar nos impulsará a actuar, probablemente haciendo algo de lo que no nos creíamos capaces.

I.3.4. Pilares para lograr una Autoestima Triunfadora.

Los pilares para lograr una autoestima positiva que nos de la seguridad de triunfar en la vida, son:

El amor a uno mismo:

Es necesario querer a pesar de los propios defectos y limitaciones. Los que se aprecian saben superar fracasos y hacer frente a la crisis. Es un sentimiento muy relacionado con el afecto recibido en la infancia.

La propia visión:

Por encima de la realidad objetiva, lo importante es cómo nos vemos a nosotros mismos. Una imagen positiva supone una fuerza interior que nos permite creer en nosotros a pesar de la adversidad y de las contrariedades de la vida. En su creación influyen tanto las expectativas de nuestros padres, como la interpretación que hayamos hecho de las mismas.

La autoconfianza:

Permite pensar en el futuro sin caer en ideas negativas como “jamás lo conseguiré” o “lo bueno siempre les sucede a los demás”. Su mayor ventaja es que impulsa a la acción. Tiene su origen en la educación recibida y en la confianza que nuestros padres depositaban en nosotros.

I.3.5. Lo que Obstaculiza la Autoestima

Según Rojas, (2007), los factores que obstaculizan el desarrollo de actitudes para lograr una alta autoestima, son los siguientes:

La culpa:

Cuando sentimos culpa, cuando sentimos que hemos hecho algo que no deberíamos y nos invaden sentimiento o pensamientos similares estamos bajando nuestra autoestima. Culparse no sirve de nada, los errores no deben causarnos daños, sino una mejora en tanto que podemos aprender de ellos y en tanto que podemos corregirlos.

Una persona que se culpa constantemente se está destruyendo al torturarse a sí misma, pues se está instaurando un pensamiento de fracasado. Con el tiempo se consolidará en la mente ocasionando comportamientos y actitudes contrarias a la alta autoestima.

La Perfección:

Otro obstáculo para conseguir la alta autoestima se da en función del deseo de perfección, sin embargo, ello no es una utopía porque la perfección no existe en el humano. Ello no quiere decir que se anule la búsqueda del triunfo, ni que se rechace el máximo potencial que puede desarrollarse. Buscar la perfección se caracteriza por:

- Desear ser un amigo, un padre, un esposo o un profesional perfecto.
- Buscar la máxima tranquilidad aunque no marchen bien las cosas. Si acaso se alterará, habrá un sentimiento de fracaso.
- Decepcionarse de uno mismo cuando se comete errores pues cree que nunca debió cometerlos.
- Buscar que todas las personas sean felices.

Según Editorial Nostica, (2009), el desear ser perfecto es dañino, en cuanto nos sentimos culpables por no haberlo logrado, pues es imposible que todos los deseos se cumplan, en especial si se busca la perfección. Pero debemos tener cuidado porque existe una gran diferencia entre buscar ser lo mejor y buscar utopías.

Según Eguizabaal, (2007), Cómo Mejorar la Autoestima.- Los consejos que se dan para mejorar la autoestima son variados, pero hay muchos que en algunos casos pueden funcionar. Existen sin embargo algunos patrones comunes como:

- El hecho de querernos más y mejor está en nuestras manos, no en la de los demás. Todo reside en la cabeza y nosotros somos quienes debemos intentar cambiar nuestra autoestima.
- Acéptate tal y como eres, con tus cualidades y defectos. Todos tenemos defectos, nadie es perfecto ni pretende serlo.
- Desarrollo el sentido del humor. No des tanta importancia a cosas que no la tienen, ni a los posibles comentarios de los demás. Seguramente en la mayoría de ocasiones nos hacemos montañas innecesariamente. La gente no está siempre pendiente de lo que hacemos o decimos. Toda está en nuestra imaginación.

- Préstate más atención, dedícate tiempo a hacer aquello que te haga feliz y te satisfaga.
- No temas a las responsabilidades o a tomar decisiones, si algo sale mal aprende de tus errores y ten coraje para volver a intentarlo. Nadie está libre de error en esta vida y a veces hay que ver la cara positiva de los fracasos. Piensa aunque se cierren unas puertas, luego se abrirán otras que pueden ser incluso mejores.
- Si una relación personal no funciona, no pienses nunca que la culpa es tuya solamente. Entre dos personas, ambas partes son responsables de su comportamiento, la verdad al final es que solo hubo una incompatibilidad de caracteres.
- Prémiate por tus logros, aunque estos sean pequeños o poco importantes así te sentirás mejor.
- Simplifica tu vida y dirígete hacia objetivos realmente valiosos para ti, dedicándole a ellos intensamente, sin miedo.

Para Eguizabaal, (2007), El Conocimiento y la Autoestima.- Una forma de elevar nuestra autoestima es elevando nuestros conocimientos. No hace falta ser un genio o que se haya estudiado en los mejores lugares. Debemos concentrarnos en lo que realizamos, ya sea en el trabajo, en los estudios o en algún proyecto, consiguiendo la mayor información posible para llenarnos de conocimiento.

Debemos recordar lo bien que nos sentimos, cuando sugerimos soluciones para algún problema, o cuando nos inventamos alguna estrategia para hacer las cosas más fáciles. Sin duda, nos sentimos bastante bien con nosotros mismos y ello fue producto de nuestros conocimientos.

Una persona que sabe “que sabe”, siente más seguridad consigo misma. Por otro lado, el conocer que es parte de un universo tan grande y tan complejo, así como la voluntad de ser mejor, puede llevar a potenciar nuestra autoestima, logrando separar los problemas cotidianos de nuestra imagen personal.

Beverly, (2000), Maslow recogió esta idea y creó su ahora famosa jerarquía de necesidades. Maslow postuló que hay cinco categorías básicas de necesidades del ser humano, que pueden ordenarse por prioridad en cuanto a su satisfacción. Según su

teoría, deben satisfacerse las de nivel más bajo, antes que el individuo intente satisfacer las de orden más alto. Las categorías en orden de prioridad son:

- Necesidades fisiológicas (aire, agua. Alimentos, reposo, abrigos, etc.)
- Necesidades de protección y seguridad (protección contra el peligro o el miedo, etc.)
- Necesidades sociales (amistad, pertenencia a grupos, etc.).
- Necesidades de estimación (reputación, reconocimiento, respeto a si mismo).
- Necesidades de autorrealización (desarrollo potencial de talentos, dejar huella, etc.).

Maslow cree que el hombre es un ser cuyas necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas o primarias, otras más elevadas como las secundarias ocupan el predominio de su comportamiento y se vuelven imprescindibles. Maslow plantea que el ser humano está constituido y compuesto por un cuerpo físico, cuerpo sociológico y cuerpo espiritual y que cualquier repercusión o problema que ocurre en cualquiera de estos cuerpos repercute automáticamente sobre el resto de los cuerpos de la estructura. Por esto Maslow propone dentro de su teoría el concepto de jerarquía, para así darle orden a las necesidades a nivel del cuerpo físico, sociológico y espiritual. Las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder.

Decide darle un orden de pirámide a su teoría, encontrándose, las necesidades de sobrevivencia en las partes más bajas, mientras que las de desarrollo en las partes más altas. La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores o primarias (fisiológicas, de seguridad, sociales, y autoestima) son prioritarias y por tanto más influyentes e importantes que las necesidades superiores o secundarias (autorrealización, trascendencia).

Existe una serie de diferencias entre las necesidades superiores y las necesidades inferiores según la pirámide de Maslow:

Cuanto más elevada es la necesidad menos imprescindible es para la supervivencia del individuo.

A medida que se cubren las necesidades superiores existe un mayor nivel de

supervivencia de la persona.

A medida que se cubren las necesidades superiores existe un mayor nivel de supervivencia de la persona.

Si se cubren las necesidades superiores se producen resultados subjetivos más deseables, por ejemplo más felicidad, pero depende de cada individuo.

Para Ortega, (1997). Refiere que la teoría de Virginia Henderson incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Elementos importantes de Virginia Henderson:

La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Identifica catorce necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, esferas en las que se desarrollan los cuidados.

Se observa una similitud entre las necesidades y las necesidades de Maslow, las siete necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la octava y la novena relacionadas con la seguridad, la décima relacionada con la propia estima, la necesidad once con la pertenencia y desde la necesidad doce a la catorce relacionadas con la auto- realización.

Necesidades Humana Básicas según Henderson, son:

- 1.- Respirar con normalidad.
- 2.- Comer y beber adecuadamente.
- 3.- Eliminar los desechos.
- 4.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5.- Descansar y dormir.

- 6.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7.- Mantener la temperatura corporal.
- 8.- Mantener la higiene corporal.
- 9.- Evitar los peligros del entorno.
- 10.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

I.4. Diabetes Mellitus

Ada, (1997), la diabetes es una enfermedad crónica, que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina, es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada, es la hiperglucemia (aumento de azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Según la OMS, (2016), aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia, tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición. Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones.

La OMS, (2011), informó que en el mundo, hay de 346 millones de personas con diabetes. La diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial, relacionada con el rápido aumento del sobre peso, la obesidad y la inactividad física.

Se prevé que la diabetes se convierta, en el año 2030, en la séptima causa mundial de muerte. Se calcula que, las muertes por diabetes, aumentarán más de un 5% en los próximos

10 años. La diabetes mellitus tipo 2, es mucho más frecuente que la de tipo 1. El tipo 2, representa aproximadamente un 90% de los casos mundiales de diabetes.

La OMS, (2016), define que la diabetes, es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina, es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

I.4.1. Tipos de Diabetes

Según la OMS, (2016), existen dos tipos de diabetes:

Diabetes Tipo 1:

También llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia; se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes Tipo 2:

También llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta; se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo, representa la mayoría de los casos mundiales, y se debe en gran medida, a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo, cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Nieto, Ruiz, y Ruiz (2009), mencionan que los síntomas más comunes de la diabetes tipo II, incluyen: poliuria (aumento de la orina), polidipsia (aumento de la sed), polifagia (aumento de la necesidad de comer), glucosuria, visión borrosa, somnolencia, fatiga, heridas que no sanan, piel reseca, piquetes en los pies, infecciones urinarias y vaginales frecuentes.

I.4.2. Consecuencias de la Diabetes

Según la OMS, (2016):

- Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios.
- Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación.
- La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes.
- La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal.

I.4.3. Cómo reducir la carga de la diabetes

Según la OMS, (2016):

Prevención:

Se ha demostrado que medidas simples relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. Para ayudar a prevenir la diabetes de tipo 2 y sus complicaciones se debe:

- Alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se puede establecer tempranamente con análisis de sangre relativamente baratos.

El tratamiento de la diabetes consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos que dañan los

vasos sanguíneos. Para evitar las complicaciones también es importante dejar de fumar.

Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran:

- El control de la glucemia, en particular en las personas que padecen diabetes de tipo I. Los pacientes con diabetes de tipo 1 necesitan insulina y los pacientes con diabetes de tipo II pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina; el control de la tensión arterial; y los cuidados podológicos.

Otras intervenciones económicas son:

- Las pruebas de detección de retinopatía (causa de ceguera).
- El control de los lípidos de la sangre (regulación de la concentración de colesterol).
- La detección de los signos tempranos de nefropatía relacionada con la diabetes.

I.5. Adulto Mayor

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016) presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida. El objetivo de este informe es establecer a partir de la información estadística disponible, un entorno de referencia que permita ubicar el contexto y las dimensiones del proceso de envejecimiento de la población. Este Informe Técnico contiene indicadores de hogares con presencia de adulto mayor, educación, salud, cobertura de programas sociales, acceso a la identidad, servicios básicos y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y área de residencia.

I.5.1 Indicadores del Adulto Mayor

Según el INEI, (2016), Envejecimiento de la Población: Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/ as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la

población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016.

I.5.2. Tipos de personas Adultas Mayores

Persona adulta mayor autovalente:

Es aquella persona adulta mayor, capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

Persona adulta mayor frágil:

Se define, como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o, factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse, y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Persona adulta mayor dependiente o postrada:

Se define a aquella persona, que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional, que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% y el 5% de personas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

Según el INEI, (2015), Estadísticas de Salud: Población con algún problema de salud crónico. El 82,1% de la población adulta mayor femenina, presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 70,6%, habiendo 11,5 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (84,1%) y de Lima Metropolitana (83,6%), son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural son el 77,1%. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres, que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónicos.

I.6. Justificación

Se realizó este estudio, porque nos permitirá aportar conocimientos de los factores causales, que conllevan a estas características ya mencionadas, así como las maneras y estrategias para prevenirlas, dando muestras que permitan contribuir al bienestar emocional en los adultos mayores, permitiendo mejorar en sus actividades domésticas, personales y laborales.

Desde el punto de vista académico, los resultados de esta investigación, pueden aportar conocimientos del funcionamiento familiar y el nivel de autoestima, como sus consecuencias que puedan ser de utilidad, para proponer estrategias que permitan prevenirlo, logrando obtener el bienestar de los mismos y por lo tanto, lograr un buen funcionamiento familiar y mejorar su nivel de autoestima.

Desde el punto de vista metodológico, los resultados obtenidos, sirven como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema en estudio; por otra parte, se ha de fortalecer el desarrollo de líneas de investigación, en la Escuela de Enfermería relacionados a éste tema.

Desde el punto de vista práctico, los resultados beneficiarán a los adultos mayores del Hospital II Essalud, Huaraz, ya que puede permitir elaborar estrategias, a cargo del Jefe del Programa de Adulto Mayor del Hospital, para mejorar a calidad en la atención a los pacientes de dicho programa, y superar así, situaciones de desánimo y obtener mejora en sus relaciones familiares, personales y laborales.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamentó en la teoría de Abraham Maslow, que establece un marco para las 5 categorías sobre las necesidades básicas del ser humano. En el proceso de satisfacción de necesidades, está la autoestima como necesidad y la define como “la valoración que tiene de sí mismo”.

I.7. Problema

¿Cuál es la relación entre el Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.

I.8. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
Variable de estudio FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Garcí y Liberato (como Citaron Florenzano y Col. (1996)), señalan que la funcionalidad familiar, está íntimamente relacionada al proceso de salud-enfermedad de sus miembros, la familia, se convierte en un factor de protección o de riesgo, frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial.	La variable de estudio se operacionalizó, según las siguientes dimensiones: adaptación, participación, ganancia, afecto, recursos.	Buen Funcionamiento Familiar	Ítem 1 Ítem 2 Ítem 3
			Modera Disfunción Familiar	Ítem 4
			Grave Disfunción Familiar	Ítem 5
AUTOESTIMA	Rojas, (2007), La autoestima presenta unos cuantos componentes que deben conocerse para más adelante saber qué hacer para mejorarla. Estos componentes tendrán que ver con lo que pienso, lo que siento y lo que hago.	La variable de estudio se operacionalizó, según las siguientes dimensiones: de sí mismo, social-pares, hogar.	Alto	ITEMS (1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25)
			Medio	ÍTEMS (2,5,8,14,17,21)
			Bajo	ITEMS (6,9,11,16,20,22)

I.9. Hipótesis

I.9.1. Hipótesis alternativa

El funcionamiento familiar se relaciona significativamente con el nivel de autoestima en el adulto mayor Diabético.

I.9.2. Hipótesis nula

El funcionamiento familiar no se relaciona significativamente con el nivel de autoestima del adulto mayor Diabético.

I.10. Objetivos

I.10.1. Objetivo general:

- Determinar la relación entre Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima del Adulto Mayor Diabético del Hospital II Essalud, Huaraz.

I.10.2. Objetivos específicos:

- Identificar el Funcionamiento Familiar del adulto mayor diabético del hospital II Essalud, Huaraz.
- Identificar el nivel de Autoestima del adulto mayor diabético. Hospital II Essalud, Huaraz.
- Identificar la relación que existe entre funcionamiento familiar y autoestima en el adulto mayor diabético el hospital II Essalud Huaraz.

II. Metodología

II.1. Tipo y diseño de investigación

II.1.1. Tipo de investigación

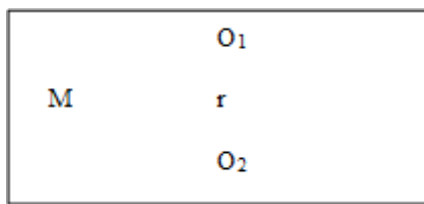
- **Según la naturaleza del estudio:** El presente trabajo, según su naturaleza es una investigación cuantitativa porque permitió recolectar datos de: Funcionamiento Familiar y Autoestima de los adultos mayores diabéticos del Hospital II Essalud, Huaraz.
- **Según el nivel que se desea alcanzar:** Estudio correlacional: El presente estudio de investigación es correlacional porque se estudió las relaciones entre la variable dependiente e independiente.
- **Según el tiempo de ejecución:** El presente estudio de investigación, fue tipo transversal porque se recolectó datos de los adultos mayores con diabetes del

hospital II Essalud, Huaraz, en un solo momento y sin interrupciones.

II.1.2. Diseño de investigación

No experimental, transeccional tipo descriptivo. En el presente estudio la investigadora no varió de forma intencional las Variables: funcionamiento familiar y autoestima, al contrario, solo se observó las situaciones ya existentes, es decir, no se tendrá Control directo sobre ellas ni mucho menos se influirá.

El diseño transeccional correlacional, responde al siguiente esquema:



Dónde:

- | | | |
|----------------|---|-----------------------------|
| M | : | Adulto Mayores con Diabetes |
| O ₁ | : | Funcionamiento Familiar |
| r | : | Relación de asociación |
| O ₂ | : | Autoestima |

II.2. Población

La técnica usada para determinar la población fue la técnica probabilística, la población a estudiar estuvo constituida por los adultos mayores con diabetes del programa del Adulto Mayor del Hospital II Essalud, Huaraz; que es como se detalla y que reúnen los criterios de inclusión.

La muestra consta de 96 adultos mayores con diabetes.

Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores con diabetes tipo 1 habilitado en el programa adulto mayor que deseen participar.
- Adulto Mayor que acepte ser parte del estudio de investigación.
- Adultos Mayores con diabetes tipo 2 que pertenezcan al programa.

II.3. Técnicas e instrumentos de investigación

Nombre del instrumento:

- Para el funcionamiento familiar se utilizará el test de Apgar elaborado por Smilkstein en el año de 1978, una puntuación de 7 a 10 sugiere de una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere de una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. Según la siguiente escala; casi siempre: 2 puntos, Algunas veces: 1 punto, Casi nunca: 0 puntos.
- Para la evaluación de la autoestima se utilizará el test de Autoestima del Adulto Mayor con Diabetes elaborado por Stanley Coopersmith en 1967 que consta de 25 ítems. Sus dimensiones son de sí mismo, social-pares y hogar, los niveles de autoestima son nivel alto de autoestima, nivel medio de autoestima y nivel bajo de autoestima.

II.4. Descripción

El cuestionario consiste en una serie oraciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción de la persona a quien se le administra. El encuestado elegirá una alternativa el cual se le otorgará un valor numérico, y al final se suman para sacar las escalas de punteos, nuestra técnica en esta investigación es la encuesta. El instrumento de Smilkstein consta de 5 ítems, mientras que el cuestionario que se utiliza para la autoestima de Coopersmith consta de 25 ítems.

Objetivo:

Medir el funcionamiento familiar y autoestima en el Adulto mayor diabético.

Factores que mide:

Relación del funcionamiento familiar y autoestima en el adulto mayor con diabetes.

Tiempo de resolución:

Para el llenado del instrumento se tomó como referencia la experiencia de la prueba piloto, en la que se invierte en su mayoría 25 minutos aproximadamente.

Validez y confiabilidad:

Los autores refieren una validez del 90% y una confiabilidad de 84%.

II.5. Procesamiento y análisis de la información

- **Petición de permiso:** Se gestionó una solicitud dirigida a la dirección del Hospital II Essalud, Huaraz, para acceder a la autorización correspondiente para la ejecución y recolección de los datos necesarios para la investigación (Anexo 01).
- **Firma del consentimiento informado:** Previa a la recolección de datos, se llevó a cabo

el procedimiento del consentimiento informado, iniciando con la información acerca del objeto y finalidad y relevancia del estudio, ya que es fundamental para la protección de las personas que participaron como voluntarios en la investigación, luego de ello se prosiguió a solicitar la firma del consentimiento informado, el mismo que será la confirmación de la participación voluntaria del adulto mayor con diabetes. Finalmente se realizará la recolección de datos a través de los instrumentos de investigación. En el presente trabajo hubo sujetos de estudio que no consintieron ser parte del estudio (Anexo 02).

- **Recolección de datos:** El instrumento fue aplicado en las instalaciones del Hospital II Essalud. Huaraz, mediante entrevistas directas con los pacientes del Programa Adulto Mayor, para lo que se tomó en cuenta, los criterios de inclusión y exclusión, considerando los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad. Se contó con las facilidades del personal de turno, y previa coordinación, se realizaron las encuestas durante el mes de mayo del presente año, en el horario de 7:00 a 10:00 am.

II.6. Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio

- **Autonomía:** El trabajo de investigación considera la Autonomía en cuanto a la participación voluntaria de los adultos mayores con diabetes, evidenciándose en el consentimiento informado. (Anexo 01).
- **No maleficencia:** durante todo el proceso, y como efectos de la misma investigación, no se cometieron daños, ni agravios morales.
- **Beneficencia:** Los resultados del estudio, benefician al personal de enfermería, a los pacientes del Programa Adulto Mayor con diabetes y a sus familiares.
- **Justicia:** Los resultados que se encuentren en el estudio, serán comunicados a quienes estén involucrados.

II.7. Procesamiento y análisis

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS V22, con la prueba de chi cuadrado y por otra parte, también se utilizó el programa Microsoft Excel, para elaborar los cuadros estadísticos con sus respectivos gráficos, que nos facilitó para interpretar y analizar los resultados

III. Resultados

TABLA 01

**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES.
HOSPITAL II ESSALUD. HUARAZ, 2017.**

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Buen Funcionamiento Familiar	61	63.50%
Moderada Disfunción Familiar	28	29.20%
Grave Disfunción Familiar	7	7.30%
Total	96	100%

Fuente: *Encuesta aplicada a adultos mayores con diabetes del Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.*

Análisis e Interpretación: Del total de la población encuestada, se observa muy funcional 63.5%, moderadamente disfuncional un 29.2%, grave disfunción un 7.3%.

TABLA 02

AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES. HOSPITAL II ESSALUD. HUARAZ, 2017.

Indicadores	Autoestima	
	N	%
Nivel alto de autoestima	18	18.8%
Nivel medio de autoestima	30	31.3%
Nivel bajo de autoestima	48	50.0%
Total	96	100%

Fuente: *Encuesta aplicada a adultos mayores con diabetes del Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.*

Análisis e Interpretación: Del total de la población, se observa nivel alto de autoestima 18.8%, nivel medio de autoestima 31.3%, nivel bajo de autoestima 50.0%.

TABLA 03**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES. HOSPITAL II ESSALUD. HUARAZ, 2017.**

Funcionamiento familiar	Autoestima					
	Nivel bajo de autoestima		Nivel medio de autoestima		Nivel alto de autoestima	
	n	%	n	%	n	%
Grave disfunción	4	57.1	2	28.6	1	14.3
Moderada disfunción	16	57.1	7	25.0	5	17.9
Muy funcional	28	45.9	21	34.4	12	19.7

Fuente: *Encuesta aplicada a adultos mayores con diabetes del Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.*

Análisis e Interpretación: Según la prueba estadística de chi cuadrado, se encontró fuerte relación de asociación, entre la variable Funcionamiento Familiar y Autoestima en el adulto mayor con Diabetes, en el Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.

IV. Análisis y discusión

En la **Tabla N° 1**, se observa que de un total de 96 adultos mayores con diabetes, el Funcionamiento Familiar se puede observar que muy funcional 63.5%, moderadamente disfuncional un 29.2%, grave disfunción un 7.3%.

Los resultados coinciden con los de Tello (2014) en Lima realizó un estudio Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de Salud del MINSA. (2014), se planteó el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de salud del MINSA. Con respecto al tipo de funcionamiento familiar de adultos mayores se evidencia una funcionalidad moderna ya que la familia es apoyo vital para sus miembros, esto se debe a que si una familia está bien constituida en lo que respecta a funcionalidad e integración entonces se tendrá una mayor satisfacción de sus integrantes, en caso del adulto mayor.

Castellón, S. y Ledesma, E. (2012), definen el funcionamiento familiar, como el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. Existen múltiples teorías y modelos para estudiarla y en Cuba ya se han desarrollado varios, sobre todo para su aplicación en la atención primaria de salud.

Burr, W. R. (1973), Plantea la importancia de considerar tres niveles de abstracción en los sistemas familiares. Éste autor sugiere que, en el nivel 1, se refiere a la estabilidad y cambio en los procesos estrictamente específicos en los sistemas familiares, tales como, reglas y procesos de transformación. El nivel 2, por su parte, tiene relación con la estabilidad y cambio en los procesos que se encuentran a un nivel intermedio de abstracción y el nivel 3, se refiere a los procesos altamente abstractos como paradigmas y valores familiares.

Ortiz, (2008), señala “que por medio de la comunicación, los miembros de la familia pueden expresar las reglas que son necesarias para mantener ciertos niveles de convivencia, pero también se transmiten reglas sobre la expresión de los afectos”, dando a entender, que los procesos comunicacionales, están directamente relacionados con los vínculos afectivos, donde interactúan de forma encadenada lo digital y lo analógico.

Hernández, (1998), considera que el ajuste y la adaptabilidad son fases separadas de la crisis familiar, considerando al período de ajuste como relativamente estable en el que se realizan cambios menores.

Analizando la situación del funcionamiento familiar de la presente investigación, dio como resultado muy funcional, puesto que la familia puede superar conflictos con sus capacidades existentes, por otro lado, en la fase de adaptación de algún miembro de su familia con ésta enfermedad (diabetes) suele ser muy complicado, para ello la familia debe intentar restaurar el equilibrio familiar a través de nuevos recursos, desarrollando conductas de afrontamiento y cambiando su visión de la situación.

En la **Tabla N° 2**, se observa que de un total de 96 adultos mayores con diabetes del Hospital II Essalud, Huaraz, en cuanto al autoestima del adulto mayor con diabetes del Hospital II Essalud, Huaraz, se observa nivel alto de autoestima 18.8%, nivel medio de autoestima 31.3%, nivel bajo de autoestima 50.0%.

Los resultados se asemeja con Salvatierra y Pajuelo (2015) en Trujillo realizó un estudio Autoestima y Calidad de vida del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 Hospital II Chocope 2015, concluyó que los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 presentó nivel medio de autoestima y el 32.9 % un nivel bajo de autoestima, los pacientes presentaron un nivel de calidad de vida bueno en un 66.4%.

Según Maslow, (2005), en el proceso de satisfacción de necesidades, está la autoestima, que desarrolla gradualmente desde el nacimiento, en función a la seguridad, aliento, desaliento que la persona recibe, sobre todo de su entorno, está relacionado con el sentirse amado, capaz, exitoso, valorado. Sólo se podrá respetar a los demás, cuando se respete a uno mismo, sólo podremos dar, cuando nos hemos dado a nosotros mismos, sólo podremos amar, cuando nos amamos a nosotros mismos.

Según Espinosa, (2001), el clima socio familiar, está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los mismos que integran la familia y ha demostrado ejercer una influencia significativa, tanto en la conducta, en el desarrollo físico y afectivo de los integrantes.

Evaluando la situación del nivel de autoestima en el adulto mayor con diabetes, la mitad de ellos, muestra un nivel de autoestima bajo, por lo cual es una situación muy preocupante dentro del ámbito de la salud, hecho que demuestra, que la familia no se sensibiliza con la enfermedad, la falta de empatía hace que no nos pongamos en el lugar del otro, y a no tener

consideración de las necesidades de la otra persona, en este caso del adulto mayor con diabetes.

En la **Tabla N° 3**; se observa una fuerte relación de asociación entre la variable Funcionamiento Familiar y Autoestima en el adulto mayor con Diabetes en el Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.

Los resultados encontrados en el presente estudio, traen a la reflexión lo expuesto por Abraham Maslow en su obra “Una teoría sobre la motivación Humana” de 1943, que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados. Por lo tanto se puede interpretar que los adultos mayores diabéticos, por su misma condición de salud se vuelven dependientes, por motivos de pérdida de la visión, pérdida de la audición, pérdida de la sensibilidad y como consecuencia de ello, se muestra en este estudio, la familia influye de manera significativa en la autoestima del mismo, en la actualidad se observa maltratos físicos y psicológicos al adulto mayor en general.

En enfermería realizamos un cuidado integral, nos preocupamos por nuestros pacientes, en la etapa del adulto mayor, el estado emocional es dinámico, ellos requieren de mayor atención, si a ello le agregamos su condición de diabéticos, los cuidados deben ser aún más minuciosos; bajo estas premisas, la participación de la familia juega un papel muy importante, en la mejora de su estado de ánimo, ya que, la relación familiar, influye de manera significativa, ésta enfermedad crónica (diabetes), no tiene cura, por ello el paciente con la información necesaria aprenderá a convivir con su enfermedad. Existe evidencia suficiente, dónde se demuestra que el funcionamiento familiar influye en el nivel de autoestima del paciente con diabetes.

V. Conclusiones y recomendaciones

V.1. Conclusiones

De la población encuestada aplicada a 96 adultos mayores con diabetes del Hospital II Essalud Huaraz, 2017, se concluye; el Funcionamiento Familiar del adulto mayor diabético es muy funcional; su nivel de Autoestima es baja y existe una relación significativa entre ambos.

V.2. Recomendaciones

Al Director del Hospital II Essalud, Huaraz , designe al Jefe del Programa Adulto Mayor, para que elabore un plan estratégico, diseñe e implemente módulos de autoestima para los pacientes con diabetes, a fin de exteriorizar vivencias personales, propiciando la toma de conciencia, para el cambio de actitud hacia lo positivo.

Al jefe del Programa Adulto Mayor, se enfoque en mejorar el estado de autoestima de sus pacientes diabéticos, integrando a todos los profesionales que laboran en el programa, realizando charlas enfocadas a la autoestima. Dentro de estas actividades, se debe incluir la educación a la familia de los pacientes con diabetes, con el objetivo que se involucren en el cuidado del paciente, como ente de soporte social efectivo, enfatizando el área de apoyo emocional.

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación debe llamar la atención a la población de enfermería, para su intervención oportuna y diseño de estrategias acertadas en favor del adulto mayor con diabetes. Por este motivo, se debe difundir estos resultados en una reunión y así mejorar de manera progresiva realizando la promoción de la salud.

Que la presente investigación sirva como referente para la reflexión y la realización de otras investigaciones relacionadas con el objeto de estudio desde el enfoque cuantitativo y cualitativo, de manera que se pueda complementar los resultados encontrados y perfeccionar la proyección de estrategias de mejora.

Concientizar a las familias de los adultos mayores con diabetes, para que la relación entre ellos sea más estable, con la finalidad de brindarle una satisfacción total en su entorno familiar y su autoestima.

Al personal de salud del hospital II Essalud Huaraz, se sugiere implementar un trabajo multisectorial, comprometiendo a familias donde habiten adultos mayores con diabetes, con la finalidad de brindarle una satisfacción total en su entorno familiar y su vida.

VI. Agradecimientos

A mi madre Jenny Mirian Dolores Ollague, quien con su amor maternal y cuidados, supo corregir mis errores y resaltar mis virtudes durante mi formación académica logrando ser de mi persona un ser justo, humano y de amor al prójimo que es la esencia de mi vocación profesional.

A mi padre Eugenio Carlos Tranca Pérez, por su afecto, amor incondicional, apoyo brindado a lo largo de mi vida y haber velado por mi bienestar.

Al programa Adulto Mayor del Hospital II Essalud, Huaraz y quienes lo conforman, por su colaboración, comprensión y participación desinteresada en la realización de esta investigación.

A nuestra prestigiosa alma mater Universidad San Pedro nuestra casa superior de estudios que nos albergó durante nuestra formación profesional inculcándonos conocimientos científicos y valores que se reflejan en nuestras acciones de desempeño profesional.

A los docentes que me formaron durante la carrera profesional, por sus valores, tiempo dedicado, orientación constante y por habernos brindado su amistad incondicional.

VII. Referencias Bibliográficas

- ADA. *Expert committee on the diagnosis and classification of diabetes Mellitus. Report of the Expert.* Diabetes Care 1997.
- Alejo, J, y Gamarra, P.(2015), *Clima sociofamiliar y nivel de autoestima de pacientes con tuberculosis. Hospital de Barranca, 2014* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú.
- Anzures, R. (2008). *Medicina Familiar.* México: Corporativo Intermédica.
- Arias, L y Herrera, J. (1994). *El Apgar familiar en el cuidado primario de la salud.* Colombia: Médica.
- Arias L, y Thier, J. (1994). *Apgar familiar. Ministerio de salud, recursos e instrumentos en medicina familiar.* Colombia: Médica.
- Burr, W. R. (1973). *Theory construction and the sociology of the family.* New York, John Wiley.
- Chafio y Gallo (2015), *calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus que se atiende en el centro de salud José Olaya Chiclayo 2015* (tesis de pregrado) Universidad Señor de Sipám, Chiclayo, Perú.
- Coopersmith Stanley. (1976). *The Antecedents of Self-Esteem.* San Francisco: W.H. Freeman & Company.
- Equipo Editorial Nostica (2009). *Como potenciar tú autoestima.* Lima. Perú.
- Espinosa, M., (2001). *Roles de género y modelos familiares.* España: Espasa.
- Espinoza, J, y Herrera, A. (2015). *Maltrato psicológico y su relación con la autoestima en estudio en estudiantes de educación secundaria Institución Educativa Libertador Simón Bolívar Pativilca 2015* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú.
- Hernández, Á. (1998). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve.* Santafé de Bogotá: EL BUHO, LTDA.
- Instituto Nacional Estadística e Informática. (2016). *Envejecimiento de la Población.* Perú.
- Maslow, A., (2005). *El management según Maslow: una visión humanista para la empresa de hoy (orig.: Maslow on Management).* Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- McKay, (1999). *Autoestima. Evaluación y Mejora.* Madrid: España.

- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Mruk, C., (1999). *Autoestima, teoría y práctica. 2da edición*. Desclee de Brouwer S.A.
Recuperado de <http://www.casadellibro.com/libro-autoestima-investigacion-teoria-y-practica/9788433012340/599249>.
- Nieto, L., Ruiz, F. y Ruiz, M. (2009). *Diabetes e hipoglucemia*. Recuperado de <http://diabeteshipoglucemia.blogspot.com/2009/11/6-manifestaciones-clinicas.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *La Familia*. Recuperado de <http://cheqoo.blogspot.pe/2009/10/concepto-de-familia-según.la.oms.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Diez datos sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles>.
- Ortega, P. (1997) *Perspectiva Histórica de las Teorías de Enfermería. V edición*. EE. UU. Editorial Kansas
- Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Quito: Abya-Yala. Universidad Politécnica Salesiana.
- Revilla, L. (1998). *Conceptos e instrumentos de la Atención familiar*. Barcelona: Doyma.
- Taylor, R. (2003). *Medicina Familiar. Principios y prácticas*. México: Argas.
- Tello (2015), *Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del Minsa 2014* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Unesco (2009). *Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana*. Recuperado de <http://www.laeducacion.space/documentos/la-familia-origen-significado-importancia-definicion>.

VIII. Anexos y apéndices

Encuesta

Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. Hospital II EsSalud. Huaraz, 2017

Instrucciones: A continuación hay unas preguntas que deberás responder de manera sincera. Es anónimo y confidencial, por lo que lo expuesto en el presente son de interés sólo de la investigadora.

I. Datos Generales

Género: Femenino () Masculino () Edad: _____ Grado de Instrucción: ----

Usted vive con: Hijos(as) () Nietos(as) () Pareja () Solo () Otros: _____

INTRUMENTO DEL APGAR FAMILIAR

Instrucciones: A continuación hay unas preguntas que deberás responder de manera sincera marcando la respuesta. Es anónimo y confidencial, por lo que lo expuesto en el presente son de interés sólo de la investigadora.

Funcionamiento familiar y autoestima en el adulto mayor con diabetes	Buen Funcionamiento Familiar	Moderada Disfunción Familiar	Grave Disfunción Familiar
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			

TEST DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH (Adulto)

Nº	ÍTEMS	Alto	Medio	Bajo
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco.			
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.			
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.			
4	Puedo tomar una decisión fácilmente.			
5	Soy una persona simpática.			
6	En mi casa me enoja fácilmente.			
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.			
8	Soy popular entre las personas de mi edad.			
9	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.			
10	Me doy por vencido(a) fácilmente.			
11	Mi familia espera demasiado de mí.			
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.			
13	Mi vida es muy complicada.			
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.			
15	Tengo mala opinión de mí mismo(a).			
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.			
17	Con frecuencia me siento disgusto en mi trabajo.			
18	Soy menos guapo(a) o bonito(a) que la mayoría de la gente.			
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.			
20	Mi familia me comprende.			
21	Los demás son mejor aceptados que yo.			
22	Siento que mi familia me presiona.			
23	Con frecuencia me desanimo en lo que hago.			
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.			
25	Se puede confiar muy poco en mí.			

GRAFICOS

GRAFICO N° 01

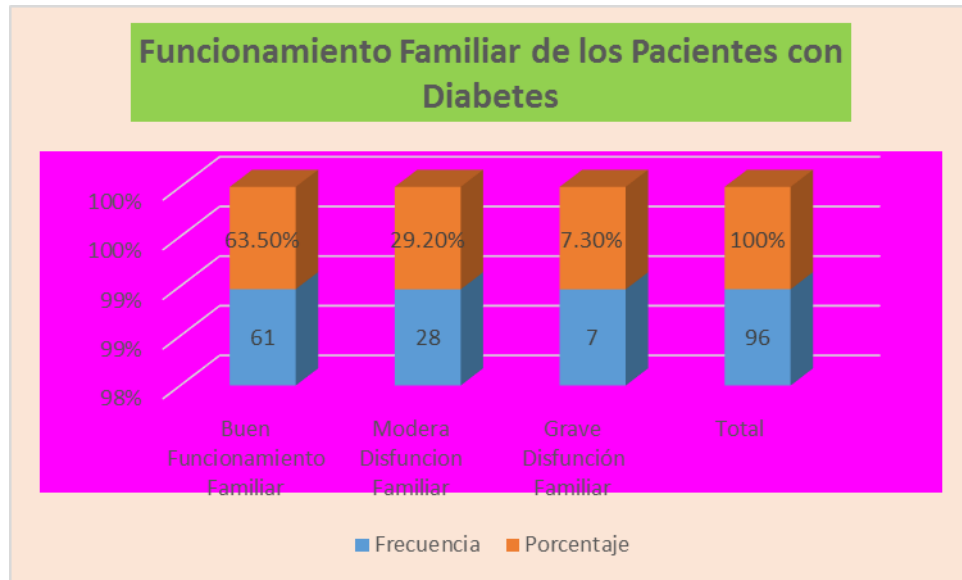


GRAFICO N° 02

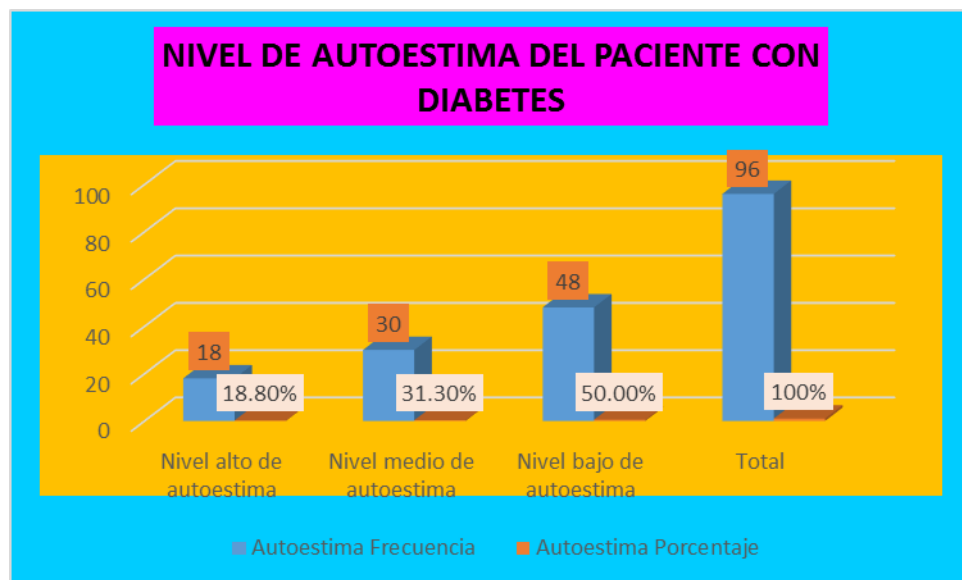
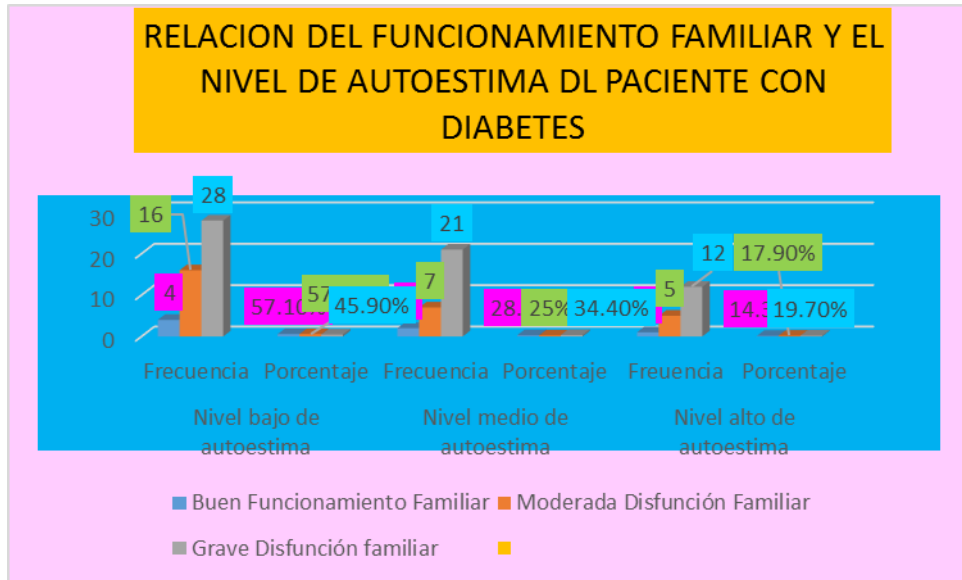


GRAFICO N° 03





"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
"Año de la Lucha Contra la Corrupción"

CARTA N° -URRHH-ADM-D-RAHZ-ESSALUD-2017

Huaraz, 18 de mayo del 2017

Señora:
Lic. **DELINA HUERTA POMA**
Jefe del Servicio de Enfermería HII Huaraz

Presente.

Asunto : Solicito Conformidad para aplicación de Encuestas de estudiantes de Enfermería de la Universidad San Pedro.

Ref : Directiva N° 04-IETSI-ESSALUD-2016 "Directiva que establece los lineamientos de regulación y fomento de la Investigación en EsSalud"

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez remitir a su despacho las solicitudes de autorización para aplicación de encuestas en el servicio de Enfermería (Profesionales y pacientes) en la consulta externa y hospitalización, por lo que **SOLICITO** la **CONFORMIDAD** para el desarrollo de las actividades indicadas.

Alumno	Trabajo de Investigación
Esther Villanueva Blas	Factores Asociados a la Motivación Laboral en el Profesional de Enfermería en el HII Huaraz.
Yasmin Tranca Dolores	Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes HII EsSalud.
Rubí Morales Morales	Estilos de Vida y Autocuidado en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el HII Huaraz.
Lisbeth Llashag Saavedra	Satisfacción de los Pacientes Post Operados sobre los cuidados de Enfermería HII Huaraz.
Rosmery Espinoza Melgarejo	Aplicación de Medidas de Bioseguridad y Riesgos Laborales Hospitalarios en el Profesional de Enfermería.
Elizabeth Fernández Cisneros	Factores Asociados a la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva en Madres HII Huaraz 2017.

Asimismo, es importante precisar que los alumnos deberán entregar una copia del resultado final de los trabajos de investigación a su persona.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente;

RTR/fcm
Cc. Archivo.

Anexo 03

10. Anexos

Anexo 01

**“FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR
CON DIABETES. HOSPITAL II ESSALUD. HUARAZ, 2017”**

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “**Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. Hospital II Essalud. Huaraz, 2017.**”, el propósito de este estudio es determinar el Funcionamiento Familiar y Autoestima en el Adulto Mayor con Diabetes. El presente proyecto de investigación está siendo conducida por la estudiante de Enfermería **Yasmín Carla Tranca Dolores**, con la asesoría de la Mg. Marialita Ramírez Preciado de la Universidad San Pedro.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta, la que tomará 25 min de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las encuestas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puedo ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Yo, Abilio Picon Godo.....doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:



Nombre del Participante: Abilio Picon Godo

DNI: 15681231

F Fecha: 26-05-17