

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

CONOCIMIENTO, ACTITUDES, CREENCIAS  
Y PRÁCTICAS DEL AUTOCUIDADO DE LAS  
PERSONAS CON DIABETES *MELLITUS* TIPO  
II, SEGÚN TEORIZANTE DE ENFERMERÍA  
DOROTHEA OREM, CIUDAD COLÓN, I  
CUATRIMESTRE, 2018.

ANDREA MARIELA PICADO CARMONA

San José, Costa Rica

# ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	2
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>11</b>
1.1    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1.1    Antecedentes del problema.....	12
1.1.1.1    Antecedentes a nivel internacional .....	12
1.1.1.2    Antecedentes a nivel nacional.....	16
1.1.2    Delimitación del problema .....	18
1.1.3    Justificación .....	19
1.2    REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	
20	
1.3    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
1.3.1    Objetivo general .....	21
1.3.2    Objetivos específicos.....	21
1.4    ALCANCES Y LIMITACIONES .....	22
1.4.1    Alcances de la investigación .....	22
1.4.2    Limitaciones de la investigación .....	22

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>23</b>
2.1 CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL.....	24
2.1.1 Diabetes mellitus tipo II .....	24
a) Clasificación diabetes mellitus.....	24
c) Manifestaciones clínicas .....	25
d) Factores de riesgo.....	25
e) Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II.....	26
f) Diagnóstico .....	26
g) Tratamiento de la diabetes mellitus tipo II.....	27
2.1.3 Actitudes y creencias sobre la diabetes mellitus .....	32
2.1.4 Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo II.....	35
2.1.5 Modelos y teorías .....	44
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>46</b>
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	47
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	47
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	47
3.3.1 Población .....	47
3.3.2 Muestra .....	48
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....	48
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	49

3.4.1	Validez del cuestionario .....	49
3.4.2	Confiabilidad del cuestionario.....	49
3.5	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	50
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	50
3.6.1	Sociodemográfica.....	50
3.6.2	Conocimiento, actitudes y creencias .....	50
3.7	PLAN PILOTO.....	59
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>		<b>60</b>
4.1	GENERALIDADES.....	61
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>		<b>74</b>
5.1	DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS... ..	75
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>		<b>93</b>
6.1	CONCLUSIONES.....	94
6.2	RECOMENDACIONES .....	96
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>		<b>97</b>
<b>GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....</b>		<b>106</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>107</b>
	DECLARACION JURADA.....	114
	CARTAS DE APROBACION .....	123

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de la población según sexo, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. ....	61
Tabla N° 2 Distribución de la población según grado académico de los diabéticos tipo II, Colón I cuatrimestre del 2018 .....	62
Tabla N° 3 Distribución de la población en relación con el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018 .....	65
Tabla N° 4 Distribución de la población en relación con las prácticas de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018 .....	67
Tabla N° 5 Distribución de la población en relación con los conocimientos de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018 .....	69
Tabla N° 6 Distribución de la población en relación con las creencias de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018 .....	71
Tabla N° 7 Cuadro resumen conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, según teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.....	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Distribución de la población según rangos de edad, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. ....	62
Figura N° 2 Distribución de la población según tiempo de diagnóstico DM2, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. ....	63
Figura N° 3 Distribución de la población según estado civil, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. ....	64
Figura N° 4 Distribución de la población según ingreso económico mensual, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. ....	64

## RESUMEN

**Introducción.** La diabetes *mellitus* tipo II es una enfermedad crónica que se presenta con gran incidencia en la población mundial, por lo cual, es importante desarrollar prácticas que promuevan la salud, el autocuidado, principalmente, y el bienestar de la población con enfermedades crónicas. **Objetivo general.** Determinar el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con Diabetes *mellitus* tipo II, según Teorizante de Enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. **Metodología.** Se lleva a cabo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, realizado con una muestra de 100 personas de ambos sexos, que habitan actualmente en el área de Colón, Mora, San José. Esto con el fin de determinar la capacidad de autocuidado de la población diabética, mediante una escala tipo Likert, aplicándose un análisis descriptivo, con un intervalo de confianza del 95 %, error relativo de 0.10. Los datos se tabularon en tabla matriz en Microsoft Excel. **Resultados.** El 56 % de la población con diabetes *mellitus* tipo II es femenina, el 63 % de la población se encuentra entre los 57-74 años, el 37 % de la población cuenta con el grado académico de primaria completa, el 57 % tiene un tiempo mayor a 10 años desde su diagnóstico, un 43 % de la población es casada y el 42 % presenta ingresos de 100-250 000 colones mensuales. La mayoría de la población en estudio se encuentra en el rango de una buena capacidad de agencia de autocuidado. El 87 % de la población, en relación con su autocuidado, refiere *Siempre* sentirse con ánimos para cuidarse, el 77 % indica que es capaz de cuidarse tal como a ellos les gusta, el 86 % puede obtener la información necesaria sobre qué hacer cuando su salud se ve afectada y el 95 % indica que su alimentación como diabético no ha afectado su convivencia social ni se ha visto limitado. Además, el 62 % de la población indica que siempre busca información sobre

el manejo de su enfermedad, pero solo el 42 % de la población refiere tener pleno conocimiento de las reacciones adversas y acción del medicamento que utilizan para tratar la diabetes.

**Discusión.** Las diabetes *mellitus* tipo II se caracteriza, principalmente, por la aparición en la edad adulta, así como lo describe el presente estudio, la mayoría de la población encuestada presenta rangos de 57-74 años, por lo que resulta importante la adquisición de estilos de vida saludable y alimentación balanceada, para evitar la aparición de esta enfermedad, además de las complicaciones que la diabetes pueda traer consigo, si no existe un adecuado manejo y control de esta. El control inadecuado que tenga el diabético ante su enfermedad genera complicaciones severas, afectando individualmente, de manera emocional y física a este, por lo cual es importante que el diabético se involucre en su autocuidado de manera activa y continua, que se preocupe por informarse y mejorar sus estilos de vida saludable, para evitar la aparición de las diversas complicaciones que conlleva la diabetes. **Conclusiones.** Se describe que la mayoría de la población presenta una adecuada agencia de autocuidado en general; además, que el conocimiento y empoderamiento que se le brinda al diabético y su familia, por medio de la educación continua, promuevan de manera eficaz el autocuidado, enfocándose en las prácticas de autocuidado como lo es el ejercicio físico y la alimentación balanceada, para evitar complicaciones de la enfermedad.

**Palabras clave:** autocuidado, creencias, diabetes *mellitus* tipo II, enfermería, crónica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Diabetes Mellitus type II is a chronic disease, occurring with great incidence in the world population, which is why the importance of developing practices that promote health, mainly self-care and well-being of the population with chronic diseases. **General purpose:**

Knowledge, attitudes, beliefs and practices of self-care of people with diabetes mellitus type II, according to Nursing Theorizer Dorothea Orem, Ciudad Colón, I quarter, 2018. **Methodology.**

A descriptive quantitative study was carried out, carried out with a sample of 100 people of both sexes currently living in the area of Colón, Mora, San José. To determine the self-care capacity of the diabetic population, this was done using a Likert-type scale, applying a descriptive analysis, with a confidence interval of 95%, relative error of 0.10. The data was tabulated in a matrix table in Microsoft Excel. **Results:** 56% of the population is female, 63% of the population is between 57-74 years, 37% of the population has a complete primary school degree, 57% has a time greater than 10 years since its diagnosis, 43% of the population is married and 42% have incomes of 100-250 thousand colons per month. The majority of the population under study is in the range of a good self-care agency capacity. 87% of the population in relation to self-care refers to "Always" feel encouraged to take care of themselves, 77% indicate that they are capable of taking care of themselves as they like, 86% can obtain the necessary information on what to do when his health is affected and 95% indicate that his diet as a diabetic has not affected his social life, nor has he been limited. 62% of the population indicates that they are always looking for information on the management of their disease, but only 42% of the population reports having full knowledge of the adverse reactions and action of the medication used to treat diabetes. **Discussion:** Diabetes Mellitus type II is characterized mainly by the appearance in adulthood, as described in the present study, the majority of the surveyed

population has ranges of 57-74 years, so it is important to acquire healthy lifestyles and balanced diet, to prevent the occurrence of this disease, in addition to the complications that diabetes can bring if there is no proper management and control of it. The inadequate control that the diabetic has before his illness generates severe complications, affecting individually, in an emotional and physical way, why it is important that the diabetic is involved in his self-care in an active and continuous way, that he worries about getting informed and improving their healthy lifestyles to avoid the onset of the various complications associated with diabetes. **Conclusions:** It describes how the majority of the population presents an adequate self-care agency in general, such as knowledge, empowerment that is given to the diabetic and his family through continuing education, effectively promote self-care, focusing on the practices of self-care as it is physical exercise and balanced diet to avoid complications of the disease.

**Key words:** self-care, beliefs, Diabetes Mellitus type II, nursing, chronic, nursing.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Antecedentes del problema**

#### **1.1.1.1 Antecedentes a nivel internacional**

Las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes *mellitus* se encuentran entre las principales causas de morbilidad a nivel mundial, hoy en día así lo detallan Soler et al<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2014 la prevalencia de dicha enfermedad fue del 9 % dentro de las edades superiores a 18 años y, para el 2012, fallecieron 1,5 millones de personas como resultado de la misma, además, se estima que para el 2030 será la séptima causa de mortalidad (1).

Fernández et al. indican que dichas cifras muestran el impacto negativo que tiene la diabetes *mellitus* tanto a nivel personal como social y cómo afecta a la economía y progreso del país, por ende, estos autores concluyen que la educación participativa del usuario y sus familias los involucra mayormente en el proceso, adquiriendo un mayor aprendizaje al relacionarse el conocimiento con la práctica, logrando efectos positivos en la toma de decisiones sobre sus hábitos y estilos de vida saludable, lo cual da como resultado el control y manejo de la enfermedad (2). La persona diabética debe comprometerse con su padecimiento, esto permite que exista un mayor interés en su proceso patológico, en su tratamiento y evolución, es decir, el compromiso y el conocimiento que adquiera el diabético lo prepara para lograr calidad de vida.

Cruz et al. destacan que el ser humano posee características personales y contextuales que influyen en su estado de enfermedad o bienestar, así mismo detallan cómo varios estudios han

relacionado el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación de la persona con la presencia de diabetes *mellitus* tipo II (3).

La diabetes *mellitus* tipo II se presenta con la misma magnitud en hombres y mujeres. En una investigación realizada en México, se muestra cómo las mujeres asumen un cuidado en relación con su enfermedad y de la familia, lo cual favorece una mayor disposición para mejorar los estilos de vida saludable y asistir con mayor frecuencia a la atención, información y capacitación relacionada con el cuidado de su enfermedad (3). Asimismo, es importante mencionar que las mujeres poseen una mayor presencia de patologías asociadas a la enfermedad, esto debido a los roles sociales que desarrollan, los cuales influyen en su salud y suelen generarles problemas crónicos, físicos y mentales que se extienden a lo largo de toda la vida, sin producirles la muerte prematura, pero sí limitaciones de larga duración (3).

Que el diabético adquiera una correcta adherencia al tratamiento es importante, al existir la correlación de diversas patologías crónicas; además, se debe crear conciencia en el autocuidado y fortalecer la educación constante para así mejorar sus estilos de vida y evitar complicaciones futuras. Lancheros et al., en su estudio hecho en Colombia, mencionan la importancia de la adherencia al tratamiento nutricional para los avances científicos y terapéuticos de la diabetes *mellitus* tipo II y cómo evaluar la efectividad del régimen terapéutico (4).

Por otra parte, Lancheros et al. exponen que los puntajes más altos en conocimientos, actitudes más positivas y mejores prácticas para el tratamiento nutricional de la enfermedad, se encontraron en las mujeres, de igual forma, destacan cómo la adherencia de las personas con

diabetes tipo II a las recomendaciones de calorías y macronutrientes fue baja y no obtuvo una relación significativa con los conocimientos, las actitudes o las prácticas (4). Los mismos autores concluyen la importancia de continuar con el estudio de metodologías que permitan realizar una estimación de la adherencia al tratamiento nutricional e identificar las variables que lo determinan y así lograr mejores prácticas, actitudes y conocimientos en los diabéticos tipo II (4).

La diabetes *mellitus* afecta a un gran grupo etario, Jiménez et al. realizan un estudio en relación con una encuesta nacional en México de individuos que viven en zonas metropolitanas, urbanas y rurales, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en el 2012 fue de un 9.2 % mayor en comparación con la del año 2006 (5).

Además, Jiménez et al. demuestran las deficiencias graves en la calidad de la atención. Se observa una prevalencia mayor en los grupos de mayor edad, principalmente, en los grupos de 40-49 años, asimismo, se observa un incremento en la prevalencia de diabetes antes de los 40 años (24.2 %), lo cual da cuenta del efecto de la adopción de cambios desfavorables en el estilo de vida, como sedentarismo, obesidad y dieta inadecuada, mismos que están estrechamente relacionados con la epidemia actual de diabetes tipo II en el mundo (5).

Jiménez et al. en dicha encuesta obtienen una prevalencia mayor en zonas urbanas, los hombres presentan un aumento con el tabaquismo e ingesta de bebidas alcohólicas en relación con diabetes tipo II. Al existir un incremento en la esperanza de vida de la población en general y de los usuarios con diabetes, la posibilidad de que presenten comorbilidades y complicaciones crónicas aumenta, lo cual va en quebranto de su calidad de vida (5).

Jiménez et al. determinan que es necesario hacer un replanteamiento en la evaluación de los procesos y demanda de atención de los servicios de salud, lo cual permite que se le brinde una atención de calidad a las personas diabéticas y lograr una mejor calidad de vida en dicha población (5). Por otra parte, Martínez et al., en relación con lo descrito anteriormente, mencionan que las complicaciones y comorbilidades que conlleva la presencia de diabetes *mellitus* afectan a los usuarios en distintas áreas. Los autores refieren que los usuarios que padecen diabetes *mellitus* tipo II pueden presentar depresión; en dicho estudio se evidencia que la depresión es más frecuente en el sexo femenino, en edades de 33-83 años, principalmente, y se presenta depresión en un 41.2 %, así como depresión media en un 21.6 %. Logró demostrarse que no hay relación entre la presencia de depresión y el control de la glucosa (6).

Por su parte, Bustos et al. realizan un estudio con 988 participantes del occidente de México con diabetes *mellitus* tipo II, de regiones tanto rurales como urbanas, en el cual se obtiene que los controles metabólicos eran muy malos, predominan usuarios con niveles de educación bajos, prevalecen las mujeres con un promedio anual de asistencia médica, las cuales son manejadas, principalmente, por hipoglucemiantes orales; el estrato socioeconómico que prevalece tanto en las regiones urbanas como rurales que acudían a los centros de salud fue en general medio o bajo. Este nivel socioeconómico predominante se relaciona con el grado de escolaridad encontrado (primaria incompleta y analfabetismo), además, prevalece la tendencia a seguir costumbres y tradiciones en el manejo de su enfermedad (7).

### 1.1.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Lacé et al. describen que la prevalencia de la diabetes *mellitus* II en Costa Rica es similar a la descrita en países industrializados, esto debido a que la prevalencia de obesidad en Costa Rica es muy similar a la que se presenta en Estados Unidos y Europa, de igual forma, las personas con diabetes *mellitus* tipo II desarrollan en un 68.6 % la prevalencia del síndrome metabólico, donde un 80,6 % son mujeres y la media de edad es de 57.8 % (8).

Además, Lacé et al. mencionan la prevalencia que existe en la población en riesgo, la cual es de un 60.1 %, siendo la principal causa de riesgo las dislipidemias. La tasa de incidencia es de 1.62 por 100 personas / año, es decir, se esperan 16 diabéticos nuevos por año por cada mil personas en riesgo. Al obtener estos resultados, permiten calcular en temas del área de salud, la carga de la enfermedad y el impacto que tiene sobre su población, de igual forma, la atención de salud prestada y sus programas preventivos (9).

Por otra parte, un 24 % de las defunciones que registra el Instituto Nacional de Estadística y Censos, que corresponden a complicaciones con diabetes, omiten mencionar esta enfermedad en el certificado de defunción de las personas diabéticas en más del 50 % y ni siquiera se menciona como una causa secundaria, lo cual conlleva a la subestimación en la importancia de las estadísticas vitales del país (8).

En Costa Rica, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la diabetes *mellitus* tipo II se realiza, principalmente, por medio del tamizaje a subgrupos en alto riesgo, lo cual demuestra que esta estrategia puede efectuarse con muy poco esfuerzo. Por lo cual, la atención primaria

permitiría desarrollar otra de las estrategias de tamizaje: el tamizaje domiciliario, y así obtener una mayor cobertura a un bajo costo (10).

La diabetes *mellitus* tipo II es una enfermedad que implica el deterioro físico de las personas que la sufren, abarca variables conductuales, cognitivas y emocionales que parecen estar relacionadas con aspectos culturales, además, de las distintas formas de atención médica propias de las distintas zonas geográficas. Quirós et al. destacan la importancia de la implementación de mayores estudios transculturales sobre factores sociodemográficos, educativos y otros aspectos de inversión en salud que puedan tener efecto sobre la educación en diabetes (11).

Fornieri et al. indican que, de la población que sufre diabetes *mellitus* tipo II, un alto porcentaje de los usuarios, es decir, un 60 % de los 49 pacientes en estudio no logran alcanzar un adecuado control glicémico; de dicha población, 63.3 % de los usuarios utilizan hipoglucemiantes orales y el 45.5 % son tratados con insulina, además, un 22.2 % de los usuarios tratados con la combinación de hipoglucemiantes orales más insulina llega a la meta, es decir, se refleja cómo la combinación de los tratamientos arroja un mejor resultado en la disminución de hemoglobina glicosilada (12).

Rojas destaca cómo en Costa Rica se han presentado cambios en el progreso del área de salud, así como la extensión de la cobertura, mejoramiento de las condiciones sanitarias del país y aumento de la población adulta mayor, en la cual su perfil epidemiológico muestra un predominio de enfermedades crónicas, dentro de las cuales la diabetes *mellitus* es una de ellas (13).

En el organismo social, como lo es, por ejemplo, la Caja Costarricense del Seguro Social, es necesario que se realicen esfuerzos en infraestructura y recurso humano relacionados con la atención del adulto mayor, fortaleciendo los programas de fomento en la calidad de vida y la atención, para, además, prevenir complicaciones y la correlación de enfermedades crónicas no transmisibles. Dichos programas de prevención y promoción de atención al adulto mayor ya existen, sin embargo, es importante la concientización de los familiares, esto en virtud del aumento significativo de la población adulta mayor previsto para el año 2025 (13).

Chaverri et al. mencionan que, debido al impacto acelerado en la incidencia y prevalencia de casos de diabetes, esto lo vuelve relevante en el impacto de la enfermedad en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, asimismo, establecen la importancia de la evaluación en la calidad de vida relacionada con la salud, lo cual es de importancia para la prestación de servicios, integración multidisciplinaria y educación a la ciudadanía (14).

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La investigación se realiza con 100 personas con diabetes tipo II, que residen actualmente en Ciudad Colón, San José, durante el periodo del I cuatrimestre, 2018.

### **1.1.3 Justificación**

Tanto la incidencia como la prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo II y las complicaciones de la enfermedad en relación con otras patologías crónicas, repercuten en la salud en general de la población, además, en la economía del país; por lo cual resulta de importancia la educación que se le brinde a la población implementando mayor énfasis en las personas que padecen dicha patología.

La promoción de la salud y la educación que se le brinde a las personas en general y, principalmente, a las personas diabéticas es de gran importancia para su autocuidado. Cuando se abarca la promoción de la salud y la educación a estos usuarios, lo que se desea es mejorar el acceso a la información y a los servicios en relación con la salud, con el objetivo de que las personas obtengan un mayor control sobre su vida y bienestar.

El autocuidado que se brinde en la diabetes evita complicaciones en la enfermedad y consecuencias negativas en la salud, por lo cual resulta fundamental que las personas comprendan considerablemente su proceso de enfermedad y la importancia en la destreza ante su autocuidado diario. El diabético y su familia debe involucrarse en el autocuidado de manera eficaz, esto resulta una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas, por lo cual es de gran importancia que el profesional de enfermería enseñe al usuario a vivir y a convivir con la patología, mediante la educación, para así sobrellevar su enfermedad por sí mismos, a través del monitoreo periódico de glicemias, alimentación y estilos de vida saludable.

Las personas que padecen enfermedades crónicas, en este caso la diabetes *mellitus* tipo II, actualmente no realizan ni están bajo programas estrictos de educación en los distintos centros de atención, es decir, no se ha alcanzado el desarrollo deseable, esto por diversas razones como lo es la falta de compromiso del diabético y su familia con el autocuidado, la información deficiente brindada por el profesional de salud, la falta de programas en comunidades y centros de atención primaria, el apoyo inadecuado del gobierno y municipalidades, tanto monetario como de acompañamiento. Además, es posible que el usuario no conozca su enfermedad y, como consecuencia, no quiera participar en su propio control y tratamiento, afectando su salud, principalmente, y perjudicando su entorno familiar, social y laboral.

Los diabéticos deben desarrollar estrategias eficaces de autocuidado que prevengan la complicación de la enfermedad, como lo es la disminución del peso y estar pendientes de los síntomas usuales de la diabetes, para así mantener un control más estricto y eficiente. Es importante el consumo adecuado de calorías, según los requerimientos necesarios de su organismo, así como el ejercicio físico diario eficaz en cantidad y resistencia, de igual forma, se resalta la importancia de actividades de ocio y práctica de mecanismos antiestrés.

## **1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II según Teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II según Teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Caracterizar socio demográficamente a la población con diabetes *mellitus* tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.

Identificar el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con Diabetes *mellitus* tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.

Relacionar el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con Diabetes *mellitus* tipo II con la Teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances de la investigación**

No existen alcances para la presente investigación.

### **1.4.2 Limitaciones de la investigación**

No existen limitaciones para la presente investigación.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## CONTEXTO TEÓRICO- CONCEPTUAL

### 2.1.1 Diabetes *mellitus* tipo II

“La Diabetes Mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en donde la persona presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta” (15).

Según la OMS: “la diabetes de 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” (16).

#### a) Clasificación diabetes *mellitus*

La clasificación de la diabetes *mellitus* se basa, principalmente, en su etiología y características fisiopatológicas, contempla cuatro grupos (17):

- Diabetes tipo I.
- Diabetes tipo II.
- Diabetes gestacional.
- Otros tipos específicos de diabetes.

La diabetes *mellitus* tipo II se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante, ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia (17).

## **b) Epidemiología**

La OMS indica que: “el número de personas con Diabetes Mellitus ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en el 2014” (16), la prevalencia de diabetes en adultos ha aumentado del 4,7 % en el año 1980 al 8,5 % en el 2014 (16).

La diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes en el año 2015, donde aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años, además, se estima que para el 2030 será la séptima causa de mortalidad (16).

## **c) Manifestaciones clínicas**

Los 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 y son menos intensos comparados con los que se presentan en la diabetes tipo I (16).

## **d) Factores de riesgo**

La Asociación Latinoamericana de Diabetes muestra que, dentro de los principales factores de riesgo, se encuentran: índice de masa corporal mayor a 25, perímetro mayor a 80 centímetros en mujeres y mayor a 90 centímetros en hombres, antecedentes familiares de diabetes en primero y segundo grado, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, triglicéridos, colesterol, sedentarismo, adultos con escolaridad menor a la educación primaria, enfermedades asociadas, síndrome de ovario poliquístico, entre otros (17).

### **e) Complicaciones de la diabetes *mellitus* tipo II**

La Organización Mundial de la Salud indica que, dentro de las principales complicaciones de la diabetes, se encuentran los problemas cardiovasculares (daños al corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios). Los adultos con diabetes tienen un riesgo dos o tres veces mayor de infarto al miocardio y accidente cerebrovascular, la neuropatía en combinación con la reducción del flujo sanguíneo aumenta el riesgo de úlceras en los pies, infección y hasta la amputación.

Por otra parte, la retinopatía diabética es causa importante de ceguera, siendo la consecuencia al daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina, la cual es, en el 2.6 % de los casos, atribuible a la diabetes. Así mismo, la diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal (16).

### **f) Diagnóstico**

El diagnóstico de esta enfermedad se obtiene mediante un análisis de sangre. Se utiliza cualquiera de los siguientes criterios (17):

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200mg/dl.
2. Glucemia de ayuno medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126mg/dl.
3. Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200mg/dl, dos horas después de una carga de 75 gramos de glucosa, durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).
4. Una hemoglobina glicosilada (A1c) mayor o igual a 6.5 %.

### **g) Tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo II**

El tratamiento más eficaz para la diabetes *mellitus* tipo II consiste en una dieta saludable y actividad física, junto con la reducción de la glucemia y de los factores de riesgo. Los pacientes con diabetes *mellitus* tipo II son tratados principalmente con hipoglucemiantes orales (16).

*Tratamiento no farmacológico:* abarca la restricción calórica, limitación del consumo de sal, se recomienda la actividad física de al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico con una intensidad moderada (17).

*Manejo quirúrgico:* en paciente con DM2 con IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>, la cirugía bariátrica es terapia de elección, la cual se recomienda en aquellas personas en quienes otras intervenciones han fallado en la consecución de las metas de la reducción de peso (17).

*Manejo farmacológico:* el cual se inicia al momento del diagnóstico, simultáneamente con el inicio de las modificaciones en el estilo de vida (17).

- 1- Hipoglucemiantes orales: medicamentos administrados por vía oral en diabéticos tipo II, son fáciles de utilizar y seguros. Dichas sustancias actúan aumentando el número de receptores en los órganos blancos y estimulando a las células beta del páncreas productoras de insulina (18).

Otros hipoglucemiantes actúan secretagogos, que aumenta la secreción de insulina pancreática, los inhibidores de glucosidasa que disminuyen la absorción de los carbohidratos en el intestino,

la tiazolidinedionas que aumentan la captación de glucosa en los tejidos y las biguanidas, entre las cuales se encuentra la metformina, que disminuyen la producción de glucosa hepática. No obstante, el más utilizado es la sulfonilurea por su acción estimulante de la secreción de insulina en el páncreas (18).

2- Insulina: el tratamiento con insulina se aplica en todos los casos de diabetes *mellitus* tipo I y en muchos con enfermedad tipo II, es decir, a todo diabético tipo II que no responda a la dieta y a los hipoglucemiantes orales, con el fin de mantener los niveles de glicemia estables y evitar complicaciones. Existen diversas formas de tratamiento, entre ellas, dosis bajas de insulina, insulina más hipoglucemiantes orales y dieta más insulina. Cabe destacar que existen dos tipos de insulina: la de acción rápida y otra de acción prolongada, ambas con indicaciones específicas (18).

#### **h) Prevención**

Distintas acciones o medidas sencillas relacionadas con el estilo de vida son eficaces para prevenir la diabetes tipo II o retardar su aparición, dentro de las principales acciones que se deben realizar, cabe mencionar las que brinda la Organización Mundial de la Salud: obtener y mantener un peso corporal saludable, actividad física de regular a moderada (mínimo 30 minutos diarios), consumo de dieta saludable, así como evitar el consumo de tabaco, debido a que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares (16).

#### **2.1.2 Conocimientos sobre la diabetes *mellitus***

La educación que reciba la persona que padece diabetes *mellitus* y su familia es fundamental, la cual debe desarrollarse de manera efectiva y obtener un mayor conocimiento para los que

padecen la enfermedad. El conocimiento sobre la diabetes *mellitus* tipo II predomina en el sexo femenino, una cuarta parte de esta población posee un nivel insuficiente de conocimiento sobre su enfermedad (19).

Vicente et al. mencionan que, al existir interés por aprender cada vez más sobre los aspectos que se relacionan con su condición, se podrán tomar mejores decisiones sobre qué hacer y qué considerar para evitar problemas o situaciones que puedan comprometer su calidad de vida (19). Además, estos autores indican que existe una posibilidad mayor de hasta dos veces de que una persona que actualmente tiene diabetes *mellitus* padezca hipertensión arterial, de ahí la importancia del conocimiento que posean los usuarios que tienen dicha enfermedad. Al existir la concomitancia de estas enfermedades, el riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta considerablemente (19).

“Una persona con diabetes que adquiere los conocimientos y educación diabetológica necesarios, sabe qué hacer para evitar la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas y cómo atacar a tiempo cualquier problema que se pueda presentar, de manera que logra disfrutar de una vida saludable, productiva, feliz y libre de complicaciones” (19).

La persona que padece diabetes *mellitus* tipo II normalmente no posee el conocimiento necesario en relación con su patología, lo cual implica una causa importante en la aparición de complicaciones crónicas, invalidez y muerte prematura. Dentro de las principales causas de mortalidad, se encuentran las relacionadas con enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, cardiopatía isquémica o ictus, infarto agudo al miocardio, entre otras (19).

Este tipo de población requiere un trabajo educativo continuo, para alcanzar mayores conocimientos de su enfermedad, de modo que acepten vivir con ella y lo hagan de la mejor manera posible, para así obtener una mejor calidad de vida, a pesar de su proceso patológico. Al respecto, Ariza et al. mencionan que las personas con patologías crónicas, al mantener una participación activa y responsable, es necesario que cuenten con los conocimientos en cuanto a alimentación, ejercicio físico, ajuste del tratamiento, manejo de hipoglicemias, control de factores de riesgo cardiovascular, cuidado de los pies, entre otros, es decir, una adecuada educación diabetológica, debido a que es uno de los soportes más importantes en el tratamiento y cuidado de los usuarios que la padecen (20).

La educación diabetológica eficaz en el tratamiento que se le brinde a los usuarios que padecen diabetes *mellitus* tipo II es de gran importancia para la evolución de manera positiva de la enfermedad. Se ha comprobado que dicha educación debe ser de la máxima calidad, mediante programas intensivos y bien diseñados para alcanzar los objetivos terapéuticos (20).

La educación individual y grupal, así como el ejercicio físico conjunto que se pueda brindar desde la atención primaria a los usuarios que padecen diabetes *mellitus* tipo II, evidencia que la coalición de ambos logra efectos positivos en el peso, presión arterial, control metabólico y demás, esto según estudios en España. Toda esta educación y trabajo en equipo mejoran los conocimientos sobre la enfermedad y promueven un cambio positivo en las actitudes de los diabéticos (20).

En México, en un estudio sobre la intervención educativa, se comprueba cómo la educación y de ahí el conocimiento que puedan adquirir los usuarios que padecen diabetes *mellitus* es un proceso significativo, si se desea garantizar el empoderamiento del usuario en el control y tratamiento eficaz de su padecimiento. Dentro de este proceso se implican las necesidades, los objetivos y las experiencias de vida de la persona (21).

La educación terapéutica que reciba el usuario debe ser un programa planificado y estructurado, de amplio alcance, flexible en el contenido y que responda a las necesidades culturales, nutricionales, farmacológicas y psicológicas de la persona, además, debe ser adaptable al nivel educativo y cultural del usuario y su familia (21). Las intervenciones educativas diabetológicas que pueda recibir el usuario, a pesar del incremento en el nivel de conocimientos y las habilidades de autocuidado, deben ser a largo plazo, es decir, que mejoren el control metabólico de manera sostenida, esto debido a que las conductas aprendidas en la intervención cambian con el tiempo.

Las acciones y mecanismos de conocimiento que se empleen con el usuario y familia deben adecuarse de la mayor manera posible a cada individuo, ya que la forma de aprendizaje y aplicación del conocimiento varía de una persona a otra. Una vez que se personaliza el plan de aprendizaje, este resultara eficiente, así como lo es el conocimiento que adquirió y de ahí la aplicación de dicho plan.

### **2.1.3 Actitudes y creencias sobre la diabetes *mellitus***

Las actitudes y creencias sobre la diabetes y las prácticas de autocuidado de las personas se pueden interpretar conjuntamente, ya que las actitudes se podrían definir como la manera de comportarse o actuar de una persona y, por otro lado, las creencias serían el conjunto de principios de una persona. Las creencias verdaderas acerca de la diabetes estarán asociadas con actitudes positivas hacia la enfermedad. Una actitud positiva hacia la diabetes es lo que mejor explica la realización adecuada de prácticas de autocuidado (22).

En una investigación realizada a 153 pacientes en Argentina, Buenos Aires, sobre las creencias y actitudes de pacientes diabéticos, de edades entre 40-60 años, mediante la utilización de la escala Likert, la cual mide actitudes y creencias hacia la enfermedad crónica y una escala de frecuencia para medir la variable *prácticas de autocuidado*, en dicha población, se observa que un grupo casi del 50 % tiene creencias mayormente falsas, es decir, poseen una actitud negativa hacia la diabetes. Estas actitudes negativas se fundamentan en la investigación, en la cual un porcentaje menor o igual a C1 que equivale a 28, se clasifica como una actitud negativa, por otro lado, en el mismo estudio, al presentarse creencias que se ajustan a los conocimientos médicos acerca de la diabetes, la actitud hacia la misma resulta más favorable (22).

López et al. mencionan que los factores sociales, culturales y económicos influyen en el estilo de vida de las personas y que la mayoría de la población, principalmente la población latina, cree en el hecho de que, si una persona es robusta, es sinónimo de que es saludable, cuando la apariencia física claramente no es sinónimo de salud. Para que se consiga comprobar que una persona es saludable, se requiere un estudio a nivel físico, fisiológico y emocional, por ende, es

importante influir en las percepciones y creencias de las personas, y así obtener mejores resultados (23).

En México, López et al, en su estudio sobre las creencias de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, recalcan que las personas perciben esta patología como peligrosa, lo cual los lleva a un deterioro orgánico y a futuras complicaciones que no podrán evitar o retardar su aparición. Además, se refieren a su padecimiento como un malestar crónico, lo cual les limita en varias áreas de su vida, sin posibilidad de llevar una vida “normal”, donde la alimentación sana y el autocuidado constituyen la mayor carga, causándoles una angustia constante (24).

López et al. también detallan que las personas se refieren como la etiología de su enfermedad a un “susto”, otros valoran los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos alimenticios, entre otros, como la causa de la diabetes *mellitus* tipo II y descartan el carácter multifactorial que rodea el origen de la diabetes. Otras personas mencionan no tener idea sobre el origen de la diabetes *mellitus* tipo II (24).

Las personas que padecen diabetes *mellitus* tipo II normalmente tienen creencias o costumbres acerca del autocuidado para su padecimiento, dentro de las creencias más importantes en el tratamiento y autocuidado de los usuarios se encuentran las que giran en torno a la alimentación y el ejercicio físico.

López et al. indican que algunas de las creencias que existen son que la alimentación para esta población debe ser restrictiva, la abarcan en los *no* y en la mayoría de los casos no existe apego

a ella, no toman en cuenta la importancia de una alimentación balanceada, por considerarla difícil de implementar, de alto costo y que no es de su agrado. Normalmente preparan dos alimentos distintos, uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros, sin considerar que las recomendaciones dietéticas para el usuario diabético sean recomendables para la población en general (24).

López et al., por otra parte, mencionan que la mayoría de la población reconoce los beneficios del ejercicio físico, pero no cuentan con una idea clara de los beneficios de este en la hiperglucemia. Tampoco lo consideran como parte integral del tratamiento, no cuentan con el hábito del ejercicio diario y si se realiza, no es óptimo en cuanto a frecuencia, ritmo y duración para que este sea efectivo (24).

López et al., en cuanto al tratamiento medicamentoso, indican que las personas atribuyen mejoría con el tratamiento a base de pastillas, aunque piensan que a largo plazo tendrán efectos colaterales, efectuando modificaciones en cuanto al horario y dosis del medicamento, según su percepción de bienestar y sensación de tener hiperglucemia. No obstante, los diabéticos no recuerdan normalmente el nombre del fármaco, debido a la evolución de su enfermedad y el uso prolongado del medicamento, lo cual demuestra, además, el escaso interés por su autocuidado (24).

Jáuregui et al. describen, en su estudio sobre el control del padecimiento en paciente con diabetes *mellitus* tipo II, la importancia de implementar programas que contribuyan en cambios

en los estilos de vida de los diabéticos tipo II, siendo el objetivo principal que las personas se adhieran al tratamiento y, asimismo, consigan controlar su enfermedad (25).

Así mismo, Jáuregui et al. trabajan mediante programas de intervención multidisciplinaria, en los cuales se abarca el área correspondiente al tratamiento aplicando técnicas cognoscitivas para el cambio de creencias en relación con las conductas de adherencia (dieta, ejercicio y control de peso), además de la información educativa relacionada con la adquisición de habilidades para las conductas de autocuidado, como el autocontrol de emociones y el automonitoreo de las variables fisiológicas indicadoras del padecimiento, demostrándose el impacto favorecedor de este programa (25).

Por su parte, Mendoza et al. concuerdan en que, para obtener un adecuado control sobre la enfermedad, el personal de salud y los usuarios diabéticos deben poseer actitudes semejantes, principalmente en lo que corresponde a la gravedad del padecimiento, es decir, si la persona diabética no percibe o no le da la importancia a la gravedad de la diabetes, no podrá adoptar actitudes favorables y eficaces para su calidad de vida (26).

#### **2.1.4 Autocuidado en personas con diabetes *mellitus* tipo II**

El concepto de autocuidado según Orem refiere que “consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar” (27).

Fernández et al. destacan la educación como una herramienta fundamental para los usuarios diabéticos, siendo una de las actividades más complejas del ser humano. Uno de los objetivos principales de la educación es mejorar el nivel de conocimientos sobre el tema, en este caso, sobre la diabetes *mellitus* tipo II y, posteriormente, que dichos conocimientos sean puestos en práctica y se logre el objetivo deseado (28). Posteriormente, se debe tener conciencia sobre que el objetivo final de toda intervención al usuario diabético es aplazar las complicaciones micro y macrovasculares.

Al incidir en el nivel de conocimientos del usuario, lo que se desea es llevarlo a una mejoría en los estilos de vida saludable y, por ende, en la calidad de vida, mayormente en los parámetros que necesita modificar, como los hábitos alimenticios, actividad física, consumo de sustancias nocivas y el manejo de emociones (28). Al tomar conciencia de los estilos de vida que se deben modificar, el diabético está obligado a realizar los cambios a nivel personal, laboral, familiar y social, dentro de las estrategias que el usuario debe modificar para, asimismo, disfrutar de una mejor calidad de vida, buscando apoyo no solo del profesional de la salud, sino también de las personas más cercanas a este.

Naranjo et al. enfatizan que la conducta terapéutica se resume en tres pilares básicos: “educación diabetológica, tratamiento dietético y nutricional”, de igual manera, el apoyo psicosocial al usuario es de gran importancia. El objetivo principal de la prevención primaria está dirigido a combatir los factores de riesgo modificables como la obesidad, la hipertensión arterial, nutrición inadecuada, entre otros. Por su parte, la prevención secundaria busca lograr un adecuado control

metabólico y así prevenir las complicaciones agudas y crónicas, por otro lado, la prevención terciaria tiene como objetivo retardar o detener las complicaciones crónicas (29).

Mediante la prevención y la educación, se mejora el conocimiento eficaz y se trabaja en el autocuidado del usuario, para ello se utiliza la teoría del déficit de autocuidado, postulada por Dorothea Orem, la cual menciona la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y práctica. Orem describe su teoría general compuesta por tres teorías (29):

- 1- Teoría de autocuidado: la cual describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
- 2- Teoría del déficit de autocuidado: cómo la enfermera puede ayudar a las personas.
- 3- Teoría de sistemas enfermeros: explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

“El autocuidado también posee elementos culturales que varían con los individuos y los grandes grupos sociales, además, es una acción intencionada y dirigida e implica el uso de recursos materiales y el gasto de energía” (29).

En el caso de la persona con diabetes *mellitus* tipo II, se concibe que lo que desea es adaptarse intencionalmente al proceso patológico crónico al que está sometida, es decir, llevar a cabo acciones que promuevan el proceso de adaptación.

Orem contempla el concepto de auto como la totalidad de un individuo, es decir, holísticamente, y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que el individuo inicia para obtener un cuidado eficaz, es decir, obtener calidad de vida, “el autocuidado es la práctica de actividades

que las personas inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, salud y el bienestar” (29).

El autocuidado es un proceso activo que permite que las personas sean capaces de usar la razón, de comprender su estado de salud y sus conocimientos en la toma de decisiones, para así elegir un curso de acción adecuado (29). Orem abarca conceptos básicos en su teoría, de los cuales se manejarán algunos de ellos para ampliar el presente trabajo de investigación:

-Actividad de autocuidado: es la habilidad adquirida que le permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones intencionadas para regular su funcionamiento y desarrollo humano (30).

La actividad de autocuidado se relaciona perfectamente con los usuarios que padecen diabetes *mellitus* tipo II, ya que es el objetivo principal que se desea alcanzar para que el usuario diabético cuente con una calidad de vida durante su proceso patológico, mediante acciones necesarias para sobrellevar su proceso y mantener la mejor regulación en su organismo, evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

Los factores condicionantes básicos, los cuales alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad de autocuidado de un individuo, son 10: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario y familiar, factores socioculturales, disponibilidad de recursos y factores externos del entorno (30).

Los factores descritos anteriormente demuestran cómo influyen en el proceso de autocuidado del usuario, es decir, el autocuidado que pueda brindarse un adulto joven no es el mismo que el de un adulto mayor. Los factores familiares y socioculturales poseen un gran impacto en el autocuidado que se pueda brindar el diabético, ya que no es lo mismo en una persona que sí cuenta con una red de apoyo que, por el contrario, el usuario que no posee apoyo de ningún tipo. Una red de apoyo adecuada brinda sostén para su evolución eficaz, mediante el apoyo físico y, de mayor importancia, el apoyo psicológico y emocional que se pueda obtener de la familia y amigos.

Guzmán et al., en su estudio hecho en Veracruz, México, describen la importancia de los talleres o sesiones educativas que se les imparten a los diabéticos tipo II. En dicho estudio, con una duración de siete meses, se concluye que el 100 % de los usuarios del taller lo finalizan. Describe cómo el nivel de conocimientos acerca de la fisiopatología y complicaciones de la diabetes es bueno en un 51 % de los casos, en 43 % fue aceptable y en un 6 % deficiente, además, se detalla cómo el nivel de autocuidado de los usuarios es bueno en un 49 %, aceptable en un 14 % y deficiente en 6 % (31).

Los autores Guzmán et al. también detallan cómo más del 50 % de los diabéticos presenta cifras elevadas de glicemia, lo cual se relaciona con medidas de tratamiento y control deficientes, es decir, se reconoce que la educación diabetológica es una herramienta importante en la ejecución de formas que promuevan la mejoría de las complicaciones y el control metabólico, así como bienestar emocional. En lo que respecta a la mejoría del control glicémico en usuarios sometidos a sesiones educativas, más de la mitad de estos mejoran las cifras de glicemia en ayunas (31).

Guzmán et al. describen, en el mismo estudio, que en esta población el autocuidado se engloba como aceptable, lo cual favorece la oportunidad relacionada con el área educativa, siendo importante la implementación de estrategias dinámicas y de interacción en relación con las necesidades y expectativas de los diabéticos, siempre tomando en cuenta sus estilos de vida, costumbres, así como los recursos para potencializar sus capacidades de autocuidado, que se orienten en la innovación de los patrones alimenticios y los estilos de vida actual. Para que todo este proceso de educación y autocuidado sea más viable y positivo para el diabético, es importante incluir a su familia y amigos, ya que se establece una red de apoyo que mejorará dicho objetivo (31).

Por otra parte, Briñez et al. destacan la importancia para la enfermería en el desarrollo de temas que comprendan la reacción del diabético hacia su condición, la participación de la familia, experiencias desde el servicio de salud, la construcción de cuidado, así como la investigación de experiencias de cuidado en personas con diabetes *mellitus* tipo II. Además, si desde el ambiente del hogar-familia promueven el conocimiento del cuidado propio del ser humano, sus prácticas, creencias, experiencias y conocimiento tradicional, para proporcionar actos de ayuda, asistencia y apoyo hacia sí mismos u otros, basados en las necesidades de salud, con el objetivo de mejorar el bienestar y otras condiciones humanas, mediante el cuidado culturalmente adecuado y así fortalecer el cuidado mediante la investigación, la cual comprende el conocimiento y las prácticas de cuidado (32).

La cultura influye en las experiencias, conocimientos percibidos, pensamientos, creencias, valores y prácticas relacionadas con el cuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, derivado de factores sociales. Estos son factores culturales de su ambiente, los cuales inciden en expresiones y prácticas de cuidado, por ejemplo, al describirse que el glucómetro favorece el control desde casa o al practicar oración para encomendar la enfermedad y la vida o el jugo de fresa como creencia para la disminución de glicemia (32).

Ariza et al. definen el contexto familiar como aquel donde se interactúa y se ven influenciados por factores socioculturales, los cuales transmiten creencias, costumbres, valores, actitudes, estilos de vida y sirve de entorno para desarrollar los patrones salud-enfermedad de los miembros que lo conforman (32). Las prácticas, creencias y valores desde los contextos de cada persona diabética deben conocerse, para que así no resulten asombrosos los comportamientos de estas personas, con el fin de favorecer la satisfacción de la persona mediante apoyo, afecto y no solo por una obligación profesional y, de esta forma, brindar un cuidado de enfermería eficaz, culturalmente conveniente (32).

Galindo et al., en su estudio realizado en Colima, México, mencionan el efecto de los factores socioculturales, las costumbres y tradiciones en la capacidad de autocuidado de pacientes hospitalizados con diabetes *mellitus* tipo II. En dicho estudio, se demuestra el impacto de esos factores en la capacidad de autocuidado del diabético, esto permite elaborar estrategias de intervención para modificar las costumbres y tradiciones en los diabéticos (33).

Así mismo, Galindo et al. indican que, al hallarse el impacto en el autocuidado del diabético, en relación con dichos factores socioculturales, el profesional de enfermería está en condiciones de brindar atención de enfermería efectiva, con calidad, equidad y eficiencia, así como garantizar el cuidado y atención holístico del individuo desde una visión intercultural. Pero, ante todo, con una orientación hacia un sistema de apoyo educativo de enfermería y de acuerdo con lo determinado según Dorothea Orem, donde se enfoque en la capacidad del profesional de enfermería en la aplicación de conocimientos, habilidades y destrezas, además de ser un sujeto capaz de transferir dicho conocimiento (33).

Gómez et al., en su publicación realizada en Cartagena, Colombia, sobre la Agencia de Autocuidado en pacientes con diabetes *mellitus* Tipo II, mencionan que, en términos generales, los pacientes diabéticos presentan una buena capacidad de agencia de autocuidado, ya que la mayoría realiza prácticas de cuidado que colaboran a conservar de manera adecuada su enfermedad. El diabético tiene la noción de que es el responsable de su autocuidado, mediante su aprendizaje, manteniendo un equilibrio entre el proceso de sus propios conocimientos en relación con su enfermedad y en la práctica de su autocuidado, mostrando mejoría en sus estilos de vida y manejo de la enfermedad (34).

Sedó, en su estudio, menciona las percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas diabéticas y sus familias de un área urbana de Costa Rica. Dicha población, en relación con sus actitudes de autocuidado con base en el tratamiento es variada, en los cuales sobresale la dieta y el uso de hipoglucemiantes orales e insulina, no obstante, un bajo porcentaje señala la medicina alterna como parte del control de la diabetes *mellitus*, conforme al desarrollo de la

investigación, se expone que su uso es generalizado y muy frecuente. El ejercicio físico y el cuidado de pies presenta un menor grado de importancia, a pesar de que son medidas clave en el autocuidado (35).

Los diabéticos manifiestan la enfermedad desde la experiencia física o corporal, es decir, se enfocan en la concepción de la enfermedad desde el área orgánica, por ejemplo, se enfocan en cómo es el diagnóstico y el control médico, basado en los indicadores de glicemia. Atribuyen que estas alteraciones en la sangre provocan sensaciones a veces percibidas de manera intensa y para otros imperceptibles, siendo problemático, ya que la falta de síntomas hace que las personas no recurran a los centros de atención (35).

Dentro de las personas diabéticas y sus familias, las cuales definen la diabetes en relación con lo orgánico, además, como una enfermedad incurable y progresiva, destacan términos como *maligna, incurable, cochinada, cruz y calvario*. Las mismas personas diabéticas poseen creencias como que una transfusión sanguínea puede mejorar la salud, por cuanto se está cambiando la “sangre mala” o que, al tomar ciertas infusiones buenas para el funcionamiento del riñón, pueden influir a la curación de la diabetes o buen control de la misma (35).

Sedó menciona que, dentro de las muchas creencias de los diabéticos, se encuentra el temor a la pérdida física, por ejemplo, la amputación de miembros inferiores, con la cual se relaciona cuando una persona es diabética. Este temor está presente desde el diagnóstico, el cual está fomentado por supuesta información amenazante que brinda el servicio de salud, así como las personas cercanas (35). Todas estas creencias y temores de las personas diabéticas es normal

que estén presentes, pero es importante que se les brinde clara atención, oportuna y control adecuado de la enfermedad, para así evitar las complicaciones y lograr que estas personas mantengan un estilo de vida normal.

### **2.1.5 Modelos y teorías**

En la presente investigación, se analiza y describe la teoría propuesta por Dorothea Orem, sobre el déficit del autocuidado TEDA. Dorothea Orem establece que el estado que indica la necesidad de asistencia enfermera: “es la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal” (36).

Orem describe, respecto a la teoría del autocuidado, que, al presentarse una enfermedad en una persona, en este caso la diabetes *mellitus* tipo II, va a existir la necesidad de implementar un autocuidado óptimo y eficaz, para así sobrellevar la enfermedad y evitar complicaciones posteriores, por lo cual es fundamental instaurar conciencia sobre la importancia, el compromiso y constancia del autocuidado en todas las personas que padecen diabetes *mellitus* o que están ante factores de riesgo.

La diabetes puede presentar casos que logran complicarse a menudo por un déficit en el autocuidado del usuario, lo cual provoca complicaciones, aumenta las enfermedades crónicas concomitantes y, de igual forma, afecta a nivel familiar, emocional, social, laboral, entre otras áreas. El evaluar el autocuidado que debe tener el usuario, al promover la integración de la

familia, mejorar los estilos de vida saludable, así como crear conciencia en la adherencia del tratamiento, en las consultas periódicas, permite avances positivos en la enfermedad.

El profesional de enfermería es de gran importancia para crear dicha conciencia y relación de ayuda que necesita el usuario para mejorar o mantener su autocuidado, esto mediante educación eficaz, oportuna y clara, creando un ambiente de confianza y respetuoso, al aclarar dudas por parte del usuario, así como la importancia de integrar al usuario en su autocuidado y, así mismo, la integración de la familia.

La Teoría del déficit del autocuidado, desde la perspectiva de los resultados enfermeros deseados, incluye satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico del usuario, además de regular y desarrollar la actividad de autocuidado del mismo, para así mejorar su capacidad de autocuidado (36). Dicha teoría se relaciona, además, con la presente investigación, ya que, más allá de conocer la enfermedad y los factores de riesgo que posee la población, pretende informarlos y educarlos sobre los cambios que pueden y deben realizar para favorecer y mejorar su salud, con el fin de brindarles la posibilidad de tener un mayor control sobre su propia salud y autocuidado, lo cual es precisamente el objetivo de dicha teoría de Orem.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo, debido a que se efectúa una recolección de datos con la finalidad de comprobar cuál es el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, según teorizante de enfermería Dorothea Orem, en Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018, esto mediante el análisis e interpretación estadístico de los datos obtenidos.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que se pretende encontrar características y rasgos importantes en el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, según teorizante de enfermería Dorothea Orem, en Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.

### **3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La unidad de análisis para la investigación está conformada por cada persona que padezca diabetes *mellitus* tipo II y que viva en el área de Ciudad Colón, ubicada en el cantón de Mora, en el período del I trimestre del año 2018 y que cumpla con los criterios de inclusión del estudio.

#### **3.3.1 Población**

Este estudio cuenta con una población de 885 diabéticos tipo II, según datos estadísticos del Área de Salud Mora-Palmichal, en el periodo de enero a noviembre de 2017 (37), además que vivan en Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre de 2018.

### 3.3.2 Muestra

La muestra de la investigación corresponde a 87 personas que viven en el área de Colón, las cuales padecen diabetes *mellitus* tipo II, durante el I cuatrimestre de 2018. Se utiliza un muestreo probabilístico. Se realiza el muestreo con un factor de confiabilidad de 95 % y un margen de error permitido de 0.10.

La fórmula utilizada para calcular dicha muestra es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{d^2(N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$
$$n = \frac{885 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.100^2(885 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = 87$$

### 3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Personas diagnosticadas con diabetes <i>mellitus</i> tipo II.	Personas diagnosticadas con diabetes <i>mellitus</i> tipo I.
Personas en rango de edades de 29 a 95 años.	
Personas que viven en Ciudad Colón.	

Fuente: elaboración propia.

### **3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para este estudio, se emplea el cuestionario como instrumento para la recolección de datos, el cual se compone de un total de 39 preguntas. En la primera parte, consta de seis preguntas a nivel sociodemográfico, seguido de una segunda parte que recolecta información relacionada con la capacidad de agencia de autocuidado, dividida en cuatro apartados.

El primero se relaciona con el autocuidado, donde se muestran nueve ítems; la segunda parte se relaciona con las prácticas con nueve ítems; la tercera parte se relaciona con el conocimiento, la cual cuenta con seis ítems y, por último, las creencias, las cuales están relacionadas con nueve ítems.

#### **3.4.1 Validez del cuestionario**

La validez del presente cuestionario se efectúa con la elaboración del plan piloto, el cual está constituido por 20 personas, las cuales poseen características similares a la población bajo estudio, con el fin de obtener la validez del instrumento de elaboración propia.

#### **3.4.2 Confiabilidad del cuestionario**

La fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que se encuentran altamente correlacionados, el cual mide 0.72, este se representa como un valor adecuado.

### **3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación presenta un diseño no experimental, debido a que se observa el fenómeno en su contexto natural sin manipular ninguna variable, además, es transversal, ya que se recogen los datos en un único momento, comprendido en el primer cuatrimestre de 2018.

### **3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

#### **3.6.1 Sociodemográfica**

Definición conceptual: caracterización y estructura de la población, características de los hogares, fecundidad, mortalidad, población con discapacidad e identificación étnico-racial (38).

Definición operacional: son las características propias de una persona y el entorno en el que se desarrolla, se incluye la edad, el género, el área de residencia y otras características que influyen en lo social y lo demográfico.

Dimensión: social y demográfica.

Indicadores: -sexo -edad -escolaridad -estado civil -ingreso económico.

#### **3.6.2 Conocimiento, actitudes, creencias y prácticas.**

Definición conceptual:

1-Conocimiento: proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (39).

Definición operacional:

1-Información que posee la persona sobre la enfermedad, tratamiento, manifestaciones clínicas, y cuidados en el hogar.

Dimensión:

-Nivel de conocimiento.

Conocimiento en relación:

-Enfermedad.

-Complicaciones.

-Acción de los medicamentos que consume actualmente.

-Autocuidado en el hogar.

Indicadores:

-Capacidad de buscar ayuda e información cuando lo requiera en el manejo de su enfermedad.

-Conocimiento de cómo actúan, así como las reacciones adversas de los medicamentos que consume actualmente para el manejo de su enfermedad.

-Conocimiento de las complicaciones clínicas que produce la diabetes *mellitus* tipo II.

-Posee la capacidad de evaluar si las actividades que realiza diariamente le ayudan a mantenerse con salud.

-Conocimiento, actitud positiva y colaboradora en el autocuidado de su salud en el hogar.

Definición conceptual:

2-Actitudes: evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud (40).

Definición operacional:

2- Lo que piensa de la acción y no se relaciona con la acción propia.

Dimensiones:

Actitudes de aprobación y desaprobación en relación con su autocuidado.

Indicadores:

-Ajustes para mantener su salud óptima.

- Medidas para obtener ayuda en su autocuidado.
- Manejo adecuado de las situaciones que perturban su salud.
- Satisfacción con el autocuidado.

Definición conceptual:

3-prácticas: es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos (40).

Definición operacional:

3- llevar a cabo mediante la acción la aplicación de los conocimientos adquiridos previamente.

Dimensiones:

3- de necesidad y satisfacción.

Indicadores:

- Invierte tiempo en su autocuidado.
- Evaluar si las actividades diarias repercuten positivamente en su salud.
- Examinar su cuerpo en busca de cambios o alteraciones.
- Realiza actividades que repercuten en su bienestar físico y mental.

Definición conceptual:

4-Creencias: son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad, en el que vive la sociedad de referencia (42).

Definición operacional:

4-Experiencias, ideas adquiridas por la persona a lo largo de su vida o proceso de enfermedad.

Dimensión:

- Creencias correctas o incorrectas (fundamentada o no) en relación con su autocuidado.

Indicadores:

- Problemas sociales a causa de la enfermedad.
- Las emociones como causa de la enfermedad.
- Uso de tratamientos alternativos para el tratamiento de la enfermedad.
- Tratamiento con insulina perjudicial a nivel cerebral, óptico, renal.



Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Identificar el conocimiento del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.	Conocimiento del autocuidado de las personas con diabetes <i>mellitus</i> tipo II	Conocimiento: proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (39).	Información que posee la persona sobre la enfermedad, complicaciones, medicamentos y autocuidado en el hogar.	Conocimiento en relación: Enfermedad. - Complicaciones. -Acción de los medicamentos que consume actualmente.  -Autocuidado en el hogar.	-Capacidad de buscar ayuda e información cuando lo requiera en el manejo de su enfermedad. -Conocimiento de cómo actúan, así como las reacciones adversas de los medicamentos que consume actualmente para el manejo de su enfermedad. -Conocimiento de las complicaciones clínicas que produce la diabetes <i>mellitus</i> tipo II. -Posee la capacidad de evaluar si las actividades que realiza diariamente le ayudan a mantenerse con salud. -Conocimiento, actitud positiva y colaboradora en el autocuidado de su salud en el hogar.	C1 Estoy continuamente buscando información y educación continua sobre el manejo de mi enfermedad. C2 Actualmente tengo pleno conocimiento de cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumo actualmente para controlar la diabetes <i>mellitus</i> . C3 Conozco las complicaciones que produce mi enfermedad. C4 Cuento con la capacidad de evaluar qué tanto me funciona lo que realizo para mantenerme con salud. C5 Si no puedo cuidarme, debo buscar ayuda. C6 Cuando mi salud se ve afectada, yo puedo obtener la información necesaria sobre qué hacer.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
<p>Identificar las actitudes y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.</p>	<p>Actitudes y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes <i>mellitus</i> tipo II</p>	<p>Actitudes: Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud (40).</p>	<p>Lo que piensa de la acción y no se relaciona con la acción propia.</p>	<p>Actitudes de aprobación y desaprobación en relación con su autocuidado.</p>	<p>Ajustes para mantener su salud óptima.  Medidas para obtener ayuda en su autocuidado.  Invierte tiempo en su autocuidado.  Manejo adecuado de las situaciones que perturban su salud.  Solicitud de información sobre el uso de medicamentos.</p>	<p>A1 Conforme cambian las circunstancias, yo realizo ajustes para mantener mi salud. A2 Si tengo dificultad para desplazarme o moverme, efectúo las medidas necesarias para obtener ayuda. A3 Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme. A4 Invierto siempre tiempo en mi autocuidado. A5 Yo realizo lo necesario para mantener el ambiente en donde vivo limpio e idóneo. A6 Para mantener mi salud, yo hago todo lo necesario que deba cumplir. A7 Siempre que existan situaciones que me perturban, yo las manejo de la mejor forma para continuar tal cual soy. A8 Siempre que inicio un nuevo medicamento le solicito al profesional de enfermería que me brinde información oportuna y eficaz en la administración correcta de este. A9 El profesional de enfermería-médico me escucha y aclara siempre mis inquietudes.</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
<p>Identificar las actitudes y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.</p>	<p>Prácticas</p>	<p>Prácticas: es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos (40).</p>	<p>Llevar a cabo mediante la acción la aplicación de los conocimientos adquiridos previamente.</p>	<p>De necesidad y satisfacción.</p>	<p>Evaluar si las actividades diarias repercuten positivamente en su salud. Examinar su cuerpo en busca de cambios o alteraciones. Satisfacción con el autocuidado. Realiza actividades que repercuten en su bienestar físico y mental.</p>	<p>P1 Examino si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son adecuadas. P2 Al dormir de 6-8 horas diarias me siento descansado. P3 Me resulta importante realizar actividad física. P4 Realizo actividad física todos los días en periodos de 30 minutos. P5 Efectúo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado. P6 Yo examino mi cuerpo en busca de cualquier cambio o alteración. P7 Mis actividades diarias me impiden conseguir tiempo para cuidarme. P8 A pesar de mis limitaciones de movilización (si las tuviese), soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. P9 Reemplazo el tratamiento farmacológico por terapias alternativas.</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
<p>Identificar las creencias del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre, 2018.</p>	<p>Creencias del autocuidado de las personas con diabetes <i>mellitus</i> tipo II</p>	<p>Creencias: son sistemas socializados de conceptos e ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad, en el que vive la sociedad de referencia (42).</p>	<p>Experiencias, ideas adquiridas por la persona a lo largo de su vida o proceso de enfermedad.</p>	<p>Creencias correctas o incorrectas (fundamentada o no) en relación con su autocuidado.</p>	<p>Problemas sociales a causa de la enfermedad.</p> <p>Las emociones como causa de la enfermedad.</p> <p>Uso de tratamientos alternativos para el tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Tratamiento con insulina perjudicial a nivel cerebral, óptico, renal.</p>	<p>CC 1 Mi enfermedad ha generado dificultades para el desarrollo de mi vida social.</p> <p>CC 2 Creo que una farmacia o un proveedor puede tratar eficazmente mi enfermedad (DM2).</p> <p>CC 3 La DM2 es causa de situaciones estresantes, sustos, coraje o tristeza que he vivido a lo largo de mi vida.</p> <p>CC 4 Actualmente acudo a tratamientos alternativos para tratar mi enfermedad.</p> <p>CC 5 Los té/ licuados y plantas que consumo actualmente me ayudan a controlar mi glicemia (azúcar en sangre).</p> <p>CC 6 El ejercicio físico lo realiza solamente el diabético que está en sobre peso u obesidad.</p> <p>CC 7 La alimentación que consumo como diabético es limitante y afecta mi convivencia social.</p> <p>CC 8 La DM2 es una maldición/ cruz.</p> <p>CC 9 El tratamiento con insulina causa problemas cerebrales, pérdida de la vista, daño en los riñones, etc.</p>

### 3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de esta investigación se ejecuta con 20 personas que viven en el área de Tabarcia, Mora, San José, las cuales actualmente están diagnosticadas con diabetes *mellitus* tipo II. Los resultados brindados en el plan piloto demuestran que la pregunta seis no posee el ítem de respuesta en relación con ingresos menores de 100 000 colones, por lo que se opta por modificarlo y agregar un ítem de respuesta más, en el que se describe la respuesta como “dependiente de otra persona/ ningún ingreso”, ya que no existía una opción de respuesta para las personas que no poseen ingresos económicos fijos.

Posteriormente, en la escala, en la pregunta P8, la cual menciona: “A pesar de mis limitaciones de movilización, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta”, las personas tienden a confundirla, ya que describen que no poseen ninguna limitación de movilidad, entonces se opta por agregar o aclarar: si tuviese las limitaciones de movilización, quedando la respuesta de la siguiente manera: “A pesar de mis limitaciones de movilización (si las tuviese), soy capaz de cuidarme como a mí me gusta”, lo cual describe una aclaración más adecuada de la respuesta.

## **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## 4.1 GENERALIDADES

En este capítulo, se muestran los resultados de la investigación por medio de siete tablas y cuatro figuras que se especifican a continuación. En las tablas 3, 4, 5 y 6, se analizan los resultados por medio de la puntuación de la escala Likert, donde *Nunca* equivale a 1 punto; *Casi nunca* a 2 puntos; *Casi siempre* a 3 puntos y *Siempre* a 4 puntos.

Y en la tabla 7, se relaciona mediante un cuadro tipo resumen el conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, según teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.

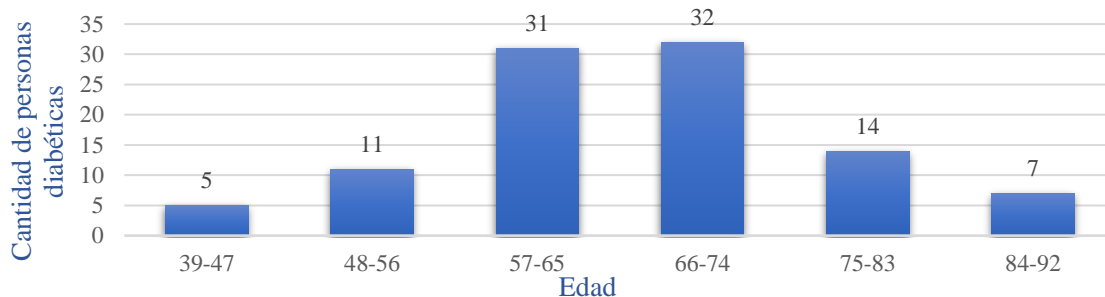
Perfil sociodemográfico.

*Tabla N° 1*  
*Distribución de la población según sexo, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de diabéticos</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	44	44%
Femenino	56	56%
Total	100	100%

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

La población entrevistada es de 100 personas, de las cuales 44 corresponden al sexo masculino y 56 al sexo femenino, es decir, se demuestra una mayor prevalencia de diabéticos en el sexo femenino.



*Figura N° 1 Distribución de la población según rangos de edad, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018*

En lo relacionado con los rangos de edad, se observa un aumento de la población diabética en los grupos etarios de 57-74, demostrando la prevalencia de diabetes *mellitus* tipo II en la edad adulta mayor.

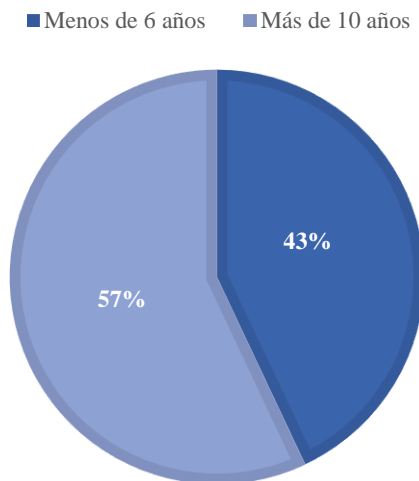
*Tabla N° 2*

*Distribución de la población según grado académico de los diabéticos tipo II, Colón I cuatrimestre del 2018*

<b>Grado académico</b>	<b>Cantidad de diabéticos</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria (escuela) incompleta	22	22%
Primaria (escuela) completa	37	37%
Secundaria (colegio) Incompleta	13	13%
Secundaria (colegio) Completa	8	8%
Técnico		
Universidad incompleta	4	4%
Universidad completa	8	8%
Sin estudios	8	8%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Fuente: elaboración propia, 2018*

La escolaridad de los encuestados en la investigación evidencia que un 88 % de la población posee un nivel educativo inferior al universitario, prevaleciendo en un 37 % de la población con una educación general básica y evidenciándose un 8 % el analfabetismo.



*Figura N° 2 Distribución de la población según tiempo de diagnóstico DM2, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018*

Según el tiempo de diagnóstico de DM2, se evidencia en un 57 %, que en más de la mitad de la población encuestada su tiempo de diagnóstico es superior a los 10 años y, por otro lado, se encuentra un 43 % con un tiempo de diagnóstico menor a 6 años.

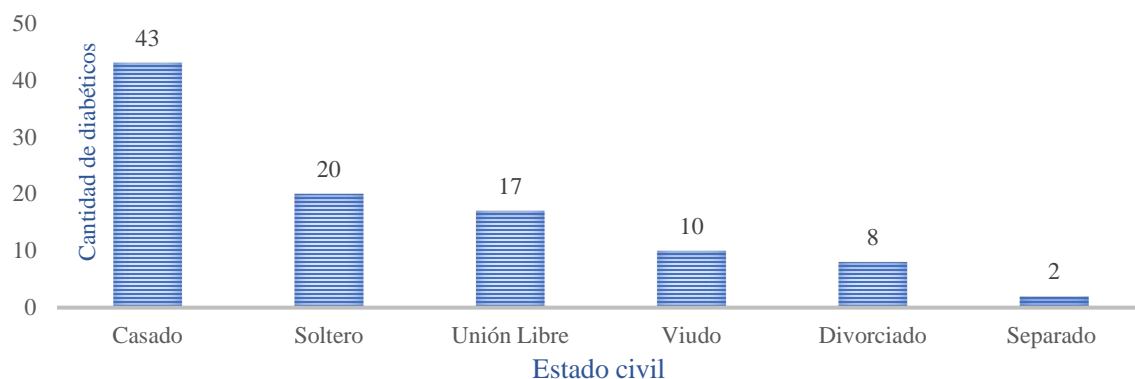


Figura N° 3 Distribución de la población según estado civil, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.

Fuente: elaboración propia, 2018.

En relación con el estado civil, se muestra cómo 43 de las personas entrevistadas refieren ser casadas, equivaliendo casi a la mitad de la población encuestada; seguida de un 20 % de la población que es soltera.

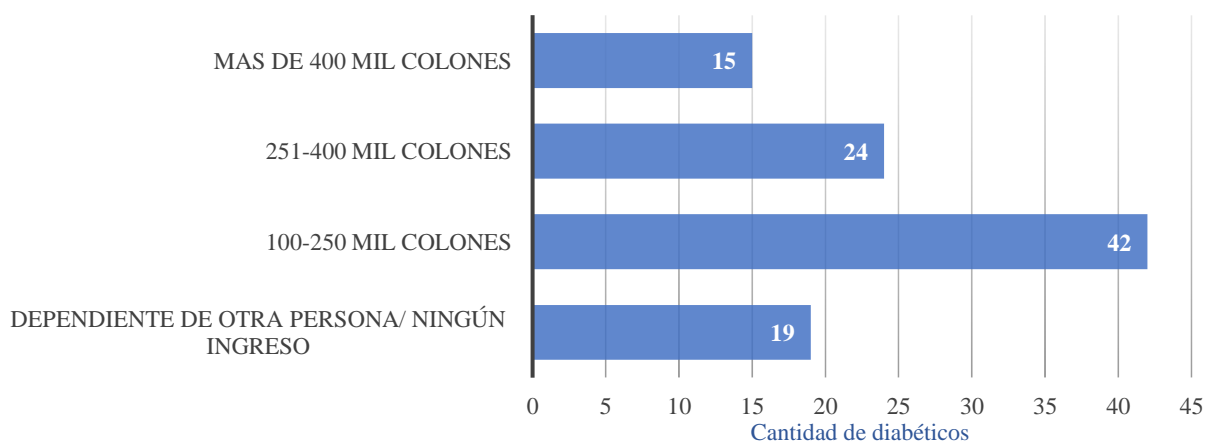


Figura N° 4 Distribución de la población según ingreso económico mensual, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.

Fuente: elaboración propia, 2018.

El 42 % poseen ingresos de 100-250 000 colones, es decir, este grupo presenta una mayor incidencia.

*Tabla N° 3*  
*Distribución de la población en relación con el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems Autocuidado</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Conforme cambian las circunstancias, yo realizo ajustes para mantener mi salud.	1	8	78	276
Si tengo dificultad para desplazarme o moverme, efectúo las medidas necesarias para obtener ayuda.	10	20	27	284
Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.	1	4	30	348
Invierto siempre tiempo en mi autocuidado.	5	6	33	324
Yo realizo lo necesario para mantener el ambiente en donde vivo limpio e idóneo.			24	368
Para mantener mi salud, yo hago todo lo necesario que deba cumplir.		8	63	300
Siempre que existan situaciones que me perturban, yo las manejo de la mejor forma para continuar tal cual soy.	3	10	78	264
Siempre que inicio un nuevo medicamento, le solicito al profesional de enfermería que me brinde información oportuna y eficaz en la administración correcta de este.	8	6	27	320
El profesional de enfermería-médico me escucha y aclara siempre mis inquietudes.	3	6	30	336

*Fuente: elaboración propia, 2018*

El autocuidado de las personas diabéticas se expone mediante la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, se observa una alta puntuación, según escala Likert, de 368 puntos en la casilla de *Siempre*, donde la población bajo estudio se preocupa por mantener el ambiente donde viven limpio e idóneo.

Además de referir sentirse con ánimo de cuidarse por sí mismos, con una puntuación de 348 para *Siempre*, según escala, y con base en la afirmación de adaptarse a las circunstancias para mantener su salud, la cual se ubica en la puntuación más baja para *Siempre*, según escala, con una puntuación de 276 puntos, es decir, el 69 % de la población. Solo una persona refiere que *Nunca* realiza estos ajustes, reafirmando que la población percibe la importancia de no dejarse afectar por las diversas situaciones que perjudiquen su salud.

Por otra parte, la población diabética se preocupa por adquirir información con el profesional de salud sobre el tratamiento farmacológico que consume actualmente. Esto para una puntuación de 320 puntos, según escala, para *Siempre*. Además, refieren sentirse a gusto con el trato del profesional de salud que los atiende, lo cual se demuestra con una puntuación de 336 puntos, según escala Likert, para *Siempre*.

*Tabla N° 4*  
*Distribución de la población en relación con las prácticas de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems Prácticas</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
Examino si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son adecuadas.	2	18	108	212
Al dormir de 6-8 horas diarias me siento descansado.	11	46	78	160
Me resulta importante realizar actividad física.	3	8	30	332
Realizo actividad física todos los días en periodos de 30 minutos.	19	53	108	68
Efectúo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.	17	44	51	176
Yo examino mi cuerpo en busca de cualquier cambio o alteración.	17	18	45	236
Mis actividades diarias me impiden conseguir tiempo para cuidarme.	66	22	54	20
A pesar de mis limitaciones de movilización (si las tuviese), soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.		2	66	308
Reemplazo el tratamiento farmacológico por terapias alternativas.	89	6	3	28

*Fuente: elaboración propia, 2018*

En cuanto a la distribución de la población, según las prácticas de autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, cada una de las afirmaciones se ubica en su mayoría en los rangos de *Casi siempre* y *Siempre*, conforme a las prácticas de los encuestados, observándose como en su mayoría, con un total de 332 puntos según escala Likert para *Siempre*, los encuestados refieren la importancia de realizar actividad física todos los días. Pero solo un total de 17 %, es decir, 68 puntos según escala para *Siempre*, refieren que sí realizan actividad física todos los días, demostrando que, a pesar de identificar la importancia del ejercicio físico, solo un bajo porcentaje de la población sí realiza esa práctica.

El 44 % (176 puntuación) refieren *Siempre* efectuar cambios en su dieta para mantener un peso adecuado, es decir, menos del 50 % perciben la importancia de la alimentación en el tratamiento eficaz para las enfermedades crónicas como la diabetes.

La población en estudio refiere, con un total de 66 puntos según escala Likert para *Nunca*, es decir, más del 50 % de la población bajo estudio, que *Nunca* las actividades diarias le impiden conseguir tiempo para cuidarse, es decir, cuentan con el tiempo de cuidarse a sí mismos y, en su mayoría, con un total de 308 puntos, según escala para *Siempre*, logran cuidarse como les gusta.

La población bajo estudio en su mayoría selecciona la opción *Nunca* en la afirmación del reemplazo del tratamiento farmacológico, para un total de 89 puntos según escala, es decir, más de la tercera parte de la población total, demostrando que los diabéticos consideran importante mantener estrictamente el tratamiento farmacológico.

*Tabla N° 5*  
*Distribución de la población en relación con los conocimientos de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

Ítems – Conocimiento	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Estoy continuamente buscando información y educación continua sobre el manejo de mi enfermedad.	16	16	42	248
Actualmente, tengo pleno conocimiento de cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumo actualmente para controlar la diabetes <i>mellitus</i> .	16	32	78	168
Conozco las complicaciones que produce mi enfermedad.	10	2	21	328
Cuento con la capacidad de evaluar qué tanto me funciona lo que realizo para mantenerme con salud.	4	16	108	208
Si no puedo cuidarme, debo buscar ayuda.	7	4	21	336
Cuando mi salud se ve afectada, yo puedo obtener la información necesaria sobre qué hacer.	1	6	30	344

*Fuente: elaboración propia, 2018*

Con respecto al conocimiento de las personas en relación con la diabetes *mellitus* tipo II, una gran parte de la población posee un buen conocimiento, detallándose que, según puntuación Likert con 344 puntos para *Siempre*, la población diabética puede obtener la información necesaria sobre qué hacer cuando su salud se ve afectada.

La población en estudio, con un total de 336 puntos para *Siempre* según escala Likert, afirma que, si no pueden cuidarse por sí mismos, deben buscar ayuda; por otra parte, más del 50 %, es decir, un total de 248 puntos para *Siempre* según escala, afirman estar continuamente buscando información y educación sobre el manejo de su enfermedad, pero solo el 42 %, lo equivalente a 168 puntos para *Siempre* según escala, afirman tener pleno conocimiento de la acción y reacciones adversas de los medicamentos que consumen actualmente para tratar la diabetes *mellitus* tipo II. Un 82 % de la población, es decir, 328 puntos según escala para *Siempre*, conocen las complicaciones que produce su enfermedad, es decir, en relación con las complicaciones, sí poseen el conocimiento a diferencia del conocimiento sobre los medicamentos y reacciones adversas.

*Tabla N° 6*  
*Distribución de la población en relación con las creencias de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

Ítems - Creencias	Nunca	Casi nunca	Casi Siempre	Siempre
Mi enfermedad ha generado dificultades para el desarrollo de mi vida social.	85	16	15	8
Creo que una farmacia o un proveedor puede tratar eficazmente mi enfermedad (DM2).	87	2	48	24
La DM2 es causa de situaciones estresantes, sustos, coraje o tristeza que he vivido a lo largo de mi vida.	73	4	30	60
Actualmente, acudo a tratamientos alternativos para tratar mi enfermedad.	67	12	18	84
Los té/ licuados y plantas que consumo actualmente me ayudan a controlar mi glicemia (azúcar en sangre).	77	8	9	64
El ejercicio físico lo realiza solamente el diabético que está en sobre peso u obesidad.	96	4		8
La alimentación que consumo como diabético es limitante y afecta mi convivencia social.	95	2	9	4
La DM2 es una maldición/ cruz.	95	4	9	
El tratamiento con insulina causa problemas cerebrales, pérdida de la vista, daño en los riñones, etc.	90	6	15	8

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

En cuanto a la distribución de la población según creencias de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, el 95 % de la población, es decir, 95 puntos para *Nunca* según puntuación Likert, describe que la alimentación que consume como diabético no ha sido causa de limitación o afectación social; así mismo, con una puntuación de 95 puntos, afirman que no creen que la diabetes sea una maldición, por el contrario, refieren otras variables como causa de su enfermedad.

El 67 %, es decir, 67 puntos para *Nunca*, refieren que no acuden a tratamientos alternativos, en comparación al 24 %, lo equivalente a 84 puntos para *Siempre*, que sí acuden a un tratamiento alternativo. Solo el 16 %, es decir, 64 en puntuación Likert, sí creen que estos tratamientos alternativos les ayudan a controlar los niveles de glicemia.

Por otra parte, la mayoría de la población afirma, con 73 puntos escala para *Nunca*, que la diabetes no es causa de situaciones estresantes o sustos, en comparación a un 15 %, es decir, 60 puntos para *Siempre* según escala, que afirma que la diabetes sí es causa de situaciones estresantes.

Tabla N° 7

Cuadro resumen conocimiento, actitudes, creencias y prácticas del autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, según teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.

Autocuidado	Conocimiento	Creencias	Prácticas
<p>La población en estudio a medida que cambia las circunstancias realiza los ajustes necesarios para mantener su salud.</p>	<p>La población en estudio refiere estar continuamente buscando información y educación sobre el manejo de la patología.</p>	<p>Los diabéticos del área de Colón refieren que actualmente acuden a tratamientos alternativos para tratar su enfermedad.</p>	<p>Con respecto a las prácticas de autocuidado a la población en estudio le resulta importante realizar actividad física. Un bajo porcentaje de la población lo realiza en periodos de 30 minutos diarios.</p>
<p>La población diabética considera que su estado de ánimo les permite cuidarse de manera óptima para evitar complicaciones de la enfermedad, así como la concomitancia de enfermedades.</p>	<p>Actualmente, la población posee pleno conocimiento de cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumen actualmente para controlar la diabetes <i>mellitus</i>.</p>	<p>Un bajo porcentaje de la población refieren como los téis/ licuados y plantas que consumen actualmente les ayudan a controlar su glicemia.</p>	<p>La mitad de la población refiere como evalúan si las actividades que practican habitualmente para mantenerme con salud son adecuadas.</p>
<p>Dicha población refiere que, al iniciar un nuevo medicamento, le solicita al profesional de enfermería que le brinde información oportuna y eficaz en la administración correcta. El profesional en salud escucha y aclara las inquietudes con respecto al autocuidado.</p>	<p>Dicha población menciona que conoce las complicaciones que les puede producir su enfermedad. Cuando su salud se ve afectada, pueden obtener la información necesaria sobre qué hacer.</p>	<p>Mencionan como la alimentación que consumen como diabético no es limitante ni afecta su convivencia social. Dicha población no considera que una farmacia o un proveedor puede tratar eficazmente su enfermedad (DM2).</p>	<p>De igual forma destacan que no realizan con frecuencia cambios en su dieta para mantener un peso adecuado. La población refiere que no reemplaza el tratamiento farmacológico por terapias alternativas.</p>

Fuente: elaboración propia, 2018

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE  
RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN O EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS**

La diabetes *mellitus* tipo II es una enfermedad genética, en la cual la persona presenta alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas, grasas y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina (15). Las personas con diabetes *mellitus* poseen diversas recomendaciones para el control de su enfermedad, por lo cual es importante que la persona diabética se incluya, es decir, que sea un ente activo en su autocuidado, para un mejor manejo de su enfermedad, siendo importante el control y valorización de su patología, involucrando controles médicos periódicos y dando importante énfasis al autocuidado que puedan realizar en el hogar. Esto para reducir los riesgos y complicaciones de la diabetes.

En el análisis sociodemográfico de este estudio, el sexo que predomina es el femenino en un 56 %, el sexo es un factor determinante en la aplicación de seguimiento de la enfermedad, ya que se demuestra que son las mujeres las que mantienen una mayor constancia en la asistencia de citas de control. En comparación con otros estudios, de igual forma, predomina el sexo femenino, como lo describen Gómez et al. (34), en cuyo estudio el 63.94 % de las personas entrevistadas son mujeres.

Herrera et al. (44) refieren que el 68.4 % de los entrevistados corresponden a mujeres, al explicar este comportamiento no hay relación con un sustento biológico, dado que en algunos países africanos la prevalencia es mayor en el género masculino (44), por lo que, eventualmente, se asocia a determinantes ambientales, como la obesidad, inactividad física, alimentación

inadecuada, entre otros. Es decir, no se presenta evidencia significativa entre géneros, lo cual determina que el sexo no está directamente relacionado con el autocuidado de los diabéticos.

En cuanto a las edades predominantes, se encuentran en los rangos de 57-74 años principalmente. En los encuestados por Gómez et al. (34), se encuentran en una escala promedio de 55 años, también en otros estudios la escala promedio ronda los 65 años, demostrando que los diabéticos con rangos de edades de 50-59 años presentan un revelador aumento en la capacidad de autocuidado y control de su enfermedad, siendo, por tanto, la edad un elemento significativo en la agencia de autocuidado del diabético.

En cuanto a la escolaridad de la población, el grupo con un mayor porcentaje de escolaridad, es decir, del 37 %, poseen primaria completa, seguida de un 22 % con primaria incompleta, un 13 % con secundaria incompleta y apenas un 8 % con universidad completa. Contreras et al. (43) en su estudio encuentran un bajo nivel de escolaridad del 37 % con estudios de primaria completa y un 26 % que no finalizaron los estudios de primaria y secundaria, por lo cual se ve relacionada a la educación que obtenga el diabético de manera eficiente, es decir, que el bajo nivel de escolaridad ayuda a potencializar de manera perjudicial la obtención de los objetivos, el diabético cuenta con poco entendimiento de la educación brindada.

En relación con el tiempo de diagnóstico de diabetes, un 57 % de la población presenta un tiempo de diagnóstico superior a los 10 años y un 43 % con un periodo menor a 6 años. En este sentido, Contreras et al. (43) presentan en su estudio, con respecto al tiempo de padecimiento, que el mayor porcentaje (51.85 %) se encuentra en diabéticos que tienen más de 5 años de

padecer diabetes, por lo que se demuestra que la mayoría de la población diabética cuenta con un gran periodo del padecimiento, haciéndolos más vulnerables a adquirir enfermedades concomitantes y complicaciones en relación con la diabetes, si no cuentan con un manejo adecuado de la enfermedad.

Por otra parte, los autores Contreras et al. (43) y Romero I et al. sostienen que el bajo nivel escolar ligado a un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad dificultan el proceso de aprendizaje para el autocuidado, interfiriendo en la prevención y diagnóstico precoz, por lo cual aumenta la predisposición para el padecimiento de complicaciones.

En cuanto al estado civil, un 43 % de los entrevistados son casados, 20 % solteros, 17 % están en unión libre, 10 % son viudos y 8 % divorciados. En este sentido, en el estudio de Gómez et al. (34), el 34 % de los encuestados son casados y 32.3 % están en unión libre. Al igual que en su estudio, Romero (34) revela que el 81.7 % de su población es casada, por otra parte, Contreras et al. (43) dentro de la categoría de casado obtienen el 29.6 %, seguido de viudo y unión libre con un 25.93 % respectivamente.

De lo anterior se concluye que, al contar con una pareja estable, mejoran las estrategias de afrontamiento manejadas por el diabético ante la enfermedad y el apoyo social. Son factores que se han relacionado con el cumplimiento o no del autocuidado y tratamiento por parte del diabético.

Por otra parte, en el estudio de Herrera et al. (44) de igual forma predominan las personas casadas, lo que se relaciona con una buena capacidad de agencia de autocuidado, por lo cual se expresa que tener pareja o apoyo familiar es significativo para mantener un adecuado control glicémico. Además, las personas que tienen pareja muestran un mayor manejo de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y el apoyo social siempre se ha relacionado en la observancia o no del tratamiento por el diabético. Estas situaciones sobresalen cuando el diabético cuenta con una pareja estable.

En cuanto al nivel socioeconómico, en la población en estudio, se presenta un nivel socioeconómico promedio, ya que el mayor número de entrevistados se incluye en la población con un ingreso de 100-250 000 colones, con un 42 %, seguido de un 24 % con un ingreso de 251-400 000 colones y de un 19 % dependientes de otra persona o con ningún ingreso.

Contreras et al. (43), en su estudio, muestran que un alto porcentaje de la población en objeto reporta pertenecer a estratos inferiores, reafirmando el grado de dificultad económica que posee la familia y el diabético, los cuales en su mayoría no reciben un ingreso fijo o constante, por lo que no alcanzan para el sostén de una familia. La situación se puede agravar debido a los gastos que demanda la enfermedad, por lo cual recursos económicos insuficientes son de importancia para mantener los cuidados especiales que requieren, esta problemática se ve principalmente en adultos mayores. En lo representado por Gómez et al. (34), también se presenta un estrato económico bajo, 1 y 2 respectivamente, esto con un 54.1 %, por su parte, Álvarez reveló que los individuos que poseen menores ingresos económicos tienen un mejor manejo de la enfermedad en relación con aquellos que poseen mayores recursos.

Por otro lado, Herrera et al. (44) concuerdan con Álvarez (34) expresando que las personas con menores ingresos económicos tienen un mejor control de la enfermedad en comparación con las personas con ingresos mayores, pero Bacca (44), contrario a esto, explica como las causas de no adherencia del diabético al tratamiento, el bajo nivel educativo y la escasez de recursos económicos.

Otro argumento que se relaciona con el nivel de escolaridad e ingresos económicos insuficientes es la adopción de hábitos alimenticios inadecuados, los cuales no causan un buen mantenimiento de la salud y del peso corporal. Contreras et al. (43) y Romero I, et al, sostienen que un nivel de escolaridad deficiente combinado con un bajo nivel de conocimiento de la enfermedad entorpecen el proceso de aprendizaje para el autocuidado, obstruyen la prevención y diagnóstico precoz y aumentan la predisposición a complicaciones.

Los resultados obtenidos al determinar el autocuidado y creencias de las personas con diabetes *mellitus* tipo II en el área de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre del 2018, muestran que la población en estudio, la cual comprende edades desde los 29 hasta 88 años, posee una buena y muy buena capacidad de autocuidado, similar a lo mencionado por Gómez et al. (34), quien muestra en su estudio en Cartagena, Colombia, que el 96.3 % presentan muy buena capacidad de agencia de autocuidado y el 3,7 % buenas capacidades de autocuidado, mientras que ninguno presenta capacidad de autocuidado baja o muy baja.

En el estudio descrito por Contreras et al. (43), se puede realizar una comparación con respecto a la capacidad de agencia de autocuidado, donde el 88.89 % se ubica en la categoría regular de la capacidad de autocuidado, demostrando cómo la mayoría de la población diabética son comprometidos en el control de su enfermedad y un buen autocuidado.

En el presente estudio, se encuentran valores muy relacionados con investigaciones anteriores, los cuales indican una muy buena capacidad de autocuidado en la población objeto de estudio. Es importante valorar varios aspectos, entre estos, que la interpretación de los resultados se hizo con base en valoraciones subjetivas por parte de los encuestados y que, además, la capacidad de agencia de autocuidado al evaluarse desde diferentes ámbitos puede ser cambiante.

Es importante evaluar constantemente el autocuidado del diabético, ya que en la actualidad se registran altos valores de complicaciones en pacientes diabéticos que suceden la mayoría del tiempo por el insuficiente compromiso de las personas diabéticas en las prácticas de autocuidado. Tal como lo reporta OMS (16), donde el número de diabéticos aumenta notablemente en comparación con el año 1980, el cual era de 108 millones a 422 millones en el 2014; dando énfasis a un gran número de nuevos diabéticos ocurrirá un incremento de estas complicaciones llevando a la necesidad de estudiar la red de incidencia, así como dar un pronto y adecuado control para el manejo oportuno y prevención de nuevos casos y complicaciones.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (17) destaca que, dentro de las principales complicaciones de la diabetes *mellitus* tipo II, se encuentran las dislipidemias, complicaciones renales, enfermedad coronaria y complicaciones macro/microvasculares, por lo que resulta

importante el manejo preventivo y de educación estricta al diabético desde su diagnóstico. Dicho programa educativo debe enfocarse en el empoderamiento del diabético en su autocuidado, brindando compañía y seguimiento a lo largo de la enfermedad.

Triviño et al. (27) mencionan que, el concepto de autocuidado, según Orem: “consiste en la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar”, es decir, se refiere a todas las prácticas que realiza la persona para mantener su estado de salud óptimo, a pesar de padecer una enfermedad crónica como lo es la diabetes *mellitus* tipo II.

La capacidad de agencia de autocuidado de los diabéticos entrevistados, como lo refiere Orem (27), son todas aquellas prácticas, ajustes y modificaciones que realice la persona para conservar su salud. Según lo referido por la población bajo estudio, gran parte de esta posee una buena y muy buena capacidad de autocuidado, revelando como el 92 % de la población (368 puntos según escala Likert) refieren que siempre realizan lo necesario para mantener el ambiente donde viven limpio e idóneo, es decir, les preocupa mantener su entorno y prácticas de autocuidado, permitiéndoles así una buena capacidad de agencia de autocuidado.

Esto es similar al estudio mencionado por Herrera et al. (44), donde se observa que el 64.4 % de la muestra hace lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vive, destacando la importancia de cómo el entorno puede afectar positivamente el bienestar del diabético, abordando también la autonomía para realizar sus actividades y, de esta forma, ayudar a nivel

emocional para sentirse útiles e independientes. Gómez et al. (34) refieren, de igual forma en su estudio, que el 90.2 % realizan todo lo posible para mantener limpio el ambiente donde viven, en conclusión, gran parte de la población se preocupa por conservar buenos hábitos de higiene.

Por otra parte, el 87 % (348 puntos según escala) de los encuestados refieren que siempre su estado de ánimo les permite cuidarse, a diferencia de lo citado por Herrera et al. (44), donde el 41.3 % de los pacientes refiere que no tienen fuerzas para cuidarse. En otro estudio, se encuentra similitud con lo mencionado por Contreras et al. (43), donde, en las acciones que realiza el paciente para prevenir o controlar situaciones que afectan el autocuidado y confort, predomina la categoría regular capacidad de autocuidado, abordando cómo el estado emocional de la población influye directamente en la salud y bienestar del diabético.

El 69 % de la población en estudio afirma la importancia de realizar los ajustes necesarios para mantener su salud, en relación con lo mencionado por Contreras et al. (43), en la dimensión personal, entendida como las acciones que realiza el paciente para prevenir o controlar situaciones que afectan el autocuidado y confort, categorizando como regular capacidad de autocuidado, además, resaltando la conciencia de los diabéticos en cómo diversas circunstancias repercuten negativamente en su bienestar físico y emocional, lo cual es sinónimo de aumentar el riesgo de padecer complicaciones.

Por otra parte, a un 80 % (320 puntuación según escala) de la población encuestada le resulta importante adquirir información sobre la administración correcta de nuevos medicamentos para controlar la diabetes, seguido de 84 % (336 puntuación según escala), que se sienten a gusto

con el trato del profesional de salud que los atiende.- Esto se relaciona con lo afirmado por Contreras et al. (43) en lo referente a la necesidad de obtener información cuando el paciente toma nuevos medicamentos, se aprecia mayor dificultad; es importante referirse a que la falta de una persona que le brinde información al usuario sobre los efectos secundarios de un medicamento y la complejidad de comprender este evento puede entorpecer la acción terapéutica que se ha establecido.

Gómez et al. (34) revelan la necesidad de replantear las estrategias de enseñanza efectuadas por el profesional de salud en la educación de los pacientes diabéticos, mediante intervenciones cognitivo-educativas multidisciplinarias dirigidas al diabético y beneficiar la adquisición individual de conocimiento, brindándoles sentido de responsabilidad, inculcando conductas saludables de autocuidado, principalmente en alimentación, ejercicio y auto monitoreo, para mejorar el control y disminuir el riesgo de complicaciones, así como mejorar la calidad de vida del diabético.

En la tabla N°4, se representa la distribución de la población según las prácticas de autocuidado de las personas con diabetes *mellitus* tipo II, en las cuales un 83 % (332 puntos según escala Likert) afirman la importancia de siempre realizar actividad física, pero solo un 17 % (68 puntos) refieren sí realizar todos los días actividad física.

Contreras et al. (43) infieren, en cuanto a la actividad y reposo, que los pacientes presentan dificultades a la hora de realizar ejercicio físico y tomar tiempo para ellos, pudiendo estar relacionado con la falta de motivación, el desconocimiento de la importancia de ambos para el bienestar o al dedicarse exclusivamente a actividades diarias o trabajo, no prestan la atención a

estas medidas de autocuidado. A diferencia de la población diabética de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre de 2018, donde el 66 % (66 puntos según escala) refieren que nunca sus actividades diarias les impiden conseguir tiempo para cuidarse y cómo el 77 % (308 puntuación Likert) son capaces de cuidarse como a ellos les gusta.

En lo mencionado por Contreras et al. (43) atribuyen la relación entre deficiencias en la dimensión de actividad, con la falta de interés del paciente, es decir, se enfatiza en cómo el estado de ánimo (desinterés/ desmotivación) afecta que el paciente se involucre en su autocuidado mediante el ejercicio físico. La Asociación Latinoamericana de Diabetes (17) recomienda la realización de al menos 150 minutos semanales de ejercicio físico aeróbico, con una intensidad moderada (60-70% de frecuencia cardiaca máxima), donde se recomienda que el diabético que no tenga ninguna contraindicación debe realizar ejercicio de resistencia al menos dos veces por semana y se prioriza que la educación sobre el tipo e intensidad de la actividad física debe involucrarse en los programas educativos integrales de todos los diabéticos tipo II.

En el estudio de Herrera et al. (44), el 40.4 % desea hacer ejercicios y descansar un poco durante el día, pero no llega hacerlo y el 35.1 % expresa que, debido a las ocupaciones diarias, no tiene tiempo suficiente para cuidarse.

En concordancia con la actividad física, se encuentra la alimentación adecuada, donde solo el 44 % (176 puntos según escala) refieren que siempre realizan cambios en su dieta para mantener un peso adecuado. Herrera et al. (44) con respecto a la alimentación mencionan que el 46.2 %

se alimenta de mejor manera para conservar su peso y el mantener niveles normales de glucemia se asocia significativamente con el apoyo familiar, el conocimiento que se tenga de la enfermedad y la adherencia a la dieta, de ahí la importancia de los cambios en la dieta para un adecuado control de la enfermedad y prevención de complicaciones.

Por su parte, Sánchez et al. (1) perciben como alarmante que gran parte de la población excluye del tratamiento diabetológico la práctica del ejercicio físico, ingieren alimentos ricos en grasas y azúcares, así mismo, Vázquez et al. (28) mencionan que el control del peso corporal en el diabético ayuda a que no presente aumento de la grasa intraabdominal, la cual se conoce que es la causante de hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, dislipidemias, entre otros, aumentando el riesgo cardiovascular.

Gómez et al. (34) indican que el 90,2 % han sido capaces de modificar hábitos que tenían muy arraigados con tal de mejorar su salud, elaborando modelos culturales que se pueden sintetizar, como las acciones enfocadas por aptitudes sobre el estilo de vida, alimentarse, hacer ejercicio y afrontar estrés razonando sobre el cuidado de la salud, que se señalan en función de lograr el bienestar individual. La dieta y el ejercicio físico se relacionan con los indicadores de salud, se demuestra que los bajos niveles de autocuidado en dieta y ejercicio se relacionan con la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso, recalando que un mejor control de la dieta significa un menor porcentaje de grasa corporal y un mejor control de la diabetes *mellitus* tipo II.

Seguidamente, el 89 % de la población indica que nunca reemplaza el tratamiento farmacológico por terapias alternativas. En este sentido, Vázquez et al. (28), tal como lo

describe la OMS, consideran que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de la diabetes y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

La educación que se le brinde al diabético lo habilita con los conocimientos y destrezas necesarios para enfrentar los requerimientos de las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar y tener control, sin que ocurra afección a su autoestima y bienestar general (28).

Como lo refieren las guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (17), el tratamiento farmacológico debe iniciarse al momento del diagnóstico, acompañado del inicio de modificaciones en el estilo de vida. La mayoría de la población en este estudio percibe la importancia del control y cumplimiento estricto de las indicaciones propuestas por el profesional de salud.

Contreras et al. (43), detallan en su estudio, en cuanto a la dimensión de interacción social, que se valora la capacidad del paciente para solicitar ayuda a personas o grupos, en búsqueda de beneficios para el cuidado de la salud. Según resultados, se describe como una regular capacidad de autocuidado, a nivel de la dimensión de bienestar personal, entendida como las acciones que previenen o controlan las situaciones que afectan su autocuidado y confort. Prevalece la categoría de regular capacidad de autocuidado, en lo que respecta a las habilidades comunicativas, atención y vigilancia a sí mismo. En lo correspondiente al apoyo educativo que se le brinda al diabético al iniciar un nuevo medicamento, se clasifica como una categoría baja.

En este estudio, la mayoría de la población afirma en un 62 % que siempre está buscando información y educación continua sobre el manejo de su enfermedad. Al mismo tiempo, gran parte de la población refiere que siempre busca ayuda, al igual que pueden obtener la información necesaria sobre qué hacer cuando su salud se ve afectada.

El presente estudio muestra cómo menos del 50 % de la población indica conocer siempre cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumen actualmente para controlar la diabetes, a diferencia de un 82 % de los diabéticos que afirman que siempre conocen las complicaciones que produce la enfermedad. Pero este conocimiento no está siendo acorde en todo lo que engloba el autocuidado y la gravedad de las complicaciones, ya que refieren tener conocimiento en un 82 % ante complicaciones, pero solo el 52 %, es decir, 208 puntuación para *Siempre* según Likert, indican poseer la capacidad de evaluar qué tanto funciona lo que realizan para mantenerse con salud, observándose que el conocimiento que poseen no es el adecuado para un correcto autocuidado.

Al presentarse deficiencias en el conocimiento de reacciones adversas y función del tratamiento farmacológico, se evidencia que realmente existe una baja o regular capacidad de agencia de autocuidado, adicionándose que solo el 44 % de dicha población sí efectúa cambios en su dieta, además, que solo el 17 % realiza siempre actividad física. Se concluye que sí existe deficiencia de conocimiento en la población.

El profesional de salud tiene el papel importante de brindar información, empoderar al paciente sobre efectos secundarios de los medicamentos y la complejidad de comprender este proceso,

con el fin de evitar que se llegue a entorpecer la terapéutica instaurada (43). Los servicios de salud que se les ofrecen a los diabéticos son un aspecto importante para considerar, ya que el buen manejo y seguimiento del diabético desde su diagnóstico debe iniciar con la educación y motivación para la vida, fomentarse con una constante interacción del personal de salud con la persona y su familia, ya que se resalta que no todo es responsabilidad del sistema de atención salud, pero este se convierte en la base fundamental para el desarrollo del autocuidado.

Sánchez et al. (1) en su estudio mencionan el bajo nivel de conocimientos que presentan los pacientes en estudio, el cual puede corresponder con el deterioro de la combinación de dos factores fundamentales: internos y externos. Los primeros son vistos de manera individual, se refieren al modo en el que cada paciente diabético es consciente y siente la necesidad de informarse, preguntar y acatar todo lo relacionado con la enfermedad desde el primer momento del diagnóstico. Los segundos tienen que ver con la labor que realizan los profesionales involucrados en esta atención, las estrategias, acciones que se desarrollan y se encaminan no solo al incremento de conocimientos sobre esta enfermedad y el desarrollo de habilidades de autocuidado para esta población.

El conocimiento que pueda adquirir el diabético está sumamente relacionado con la educación que se le brinde. Se destaca que el objetivo primario de una estrategia educativa es mejorar el nivel de conocimientos sobre el tema en cuestión, para, a partir de ello, conseguir que dichos conocimientos sean puestos en práctica y logren el efecto deseado. Cuando la persona diabética se ha fundado en un nivel de conocimientos, el siguiente paso es llevarla a mejorar estilos de vida saludable y así mejorar su calidad de vida.

Gómez et al. (34) reportan que 80 % de los participantes junto con sus familiares se hacen responsables del mejor desarrollo de sus habilidades para su propio cuidado a través de la aceptación y la puesta en marcha de los cambios necesarios en el estilo de vida, desarrollando las capacidades de autocuidado suficientes para fomentar un estilo de vida saludable; además de tener el conocimiento necesario para identificar signos de alarma y poder atenderlos para evitar complicaciones mayores.

Orem, mediante su perspectiva, plantea (43): “es importante mejorar el método de ayuda que se ofrece al diabético, de tal forma que se lleven a cabo acciones de enseñar, actuar, guiar y dirigir para resolver o compensar las limitaciones que pueden presentar los pacientes, con el fin de alcanzar las metas de autocuidado propuestas” (43).

Las creencias que se puedan presentar en las personas diabéticas entran en aspectos culturales, como lo describen López et al. (24), donde la dieta y el ejercicio físico son pilares en el tratamiento de DM2, siendo de mayor dificultad su abordaje, debido a que implican aspectos culturales, afectivos, individuales y sociales, los cuales determinan la adopción de estilos de vida nocivos para la salud.

La educación para la salud posee gran relevancia y debe ser parte fundamental en las estrategias de control y prevención de la diabetes, donde en el proceso de educación las personas logren un sentido de reflexión sobre los estilos de vida que optan, además, logren reconocer de manera temprana signos y síntomas de la enfermedad y la aparición de complicaciones.

Benvenuto (22) menciona cómo la veracidad de las creencias de los diabéticos y las actitudes hacia su enfermedad están relacionadas, es decir, que al poseer creencias falsas tienen una actitud negativa hacia la diabetes, por lo cual en su estudio se afirma la hipótesis que él plantea: “que cuanto más se ajustan las creencias a los saberes médicos acerca de la diabetes, la actitud hacia la misma resulta más favorable”, es decir, abordan en un cuidado de la salud más adecuado. A diferencia de las personas que creen que, por ejemplo, la diabetes “es contagiosa” o “los remedios naturales son mejores”, presentan una actitud desfavorable hacia su enfermedad y, a su vez, sostienen un menor control de la diabetes, en deterioro de su salud.

Las actitudes tendrán incidencia sobre las prácticas de autocuidado que los pacientes diabéticos llevan a cabo, por lo cual resulta importante trabajar y valorar dichas actitudes para promover la correcta agencia de autocuidado.

En lo que respecta a alimentación de los diabéticos, se describe en este estudio que un 95 % de los entrevistados refiere que nunca la alimentación que consume como diabético ha sido limitante ni afecta su convivencia social. Al mismo tiempo que un 95 % refiere que no ven la diabetes como una maldición/ cruz y afirman que tampoco creen que la insulina perjudique su salud.

López et al. (24) refieren en su estudio que la población percibe la diabetes con cambios drásticos en su estilo de vida, que los imposibilita llevar una vida “normal”, siendo la alimentación sana y el autocuidado una de las mayores cargas. En su estudio, los diabéticos

expresaron “comer de todo”, dejando de lado el aporte nutricional y calórico, enfocándose nada más en evitar o no consumir en exceso hidratos de carbono simples.

Los diabéticos del presente estudio no consideran el plan de alimentación como parte del tratamiento integral de la diabetes. El tipo de alimentación que se les recomienda es descrito como prohibitiva, restrictiva, como una dieta de los “no” y en la mayoría de los casos no existe apego a ella, por considerarla difícil de implantar y que, además, no es de su agrado. La consideran muy especial y de elevado costo (24).

Para López et al., muchos de los diabéticos o familiares se ven ante la necesidad de preparar dos tipos de alimentos: uno para las personas diabéticas y otro para los demás miembros de la familia, o bien, se adaptan a los gustos y preferencias alimentarias de estos, donde la familia no considera que las recomendaciones dietéticas para el paciente diabético sean recomendables para la población en general (24). En el presente estudio, existe consistencia sobre la población que percibe la alimentación como una carga o, por el contrario, no le dan la importancia a esta para mantener un peso adecuado, evitar complicaciones y mejorar el estilo de vida.

En relación con los tratamientos alternativos en el presente estudio, solo el 21 % (84 puntos según escala) menciona que siempre acude a tratamientos alternativos, pero solo el 16 % cree que estos tratamientos sí les ayudan a controlar su glicemia. López et al. (24) hablan del uso de dichos tratamientos alternativos. En su estudio, se mencionan el uso de herbolaria en las personas con DM2 entrevistadas, en el cual la mayoría de los pacientes hacen uso de algún

tratamiento alternativo, como complemento del tratamiento indicado por el profesional médico, usando con mayor frecuencia infusiones, tienen preferencia por estas.

En algunas ocasiones, suspenden el medicamento “alopático” por tomar el tratamiento alternativo. Algunas personas solo encuentran confianza únicamente en el medicamento, pues, aunque preferirían llevar tratamiento con herbolaria, consideran que es necesario el conocimiento adecuado de esta y su dosificación; otras personas no lo toman en cuenta (24).

En cuanto a las creencias, este estudio muestra cómo el 15 % refiere que la diabetes *mellitus* sí es causa de situaciones estresantes, corajes y sustos que vivieron, aunque también relacionan la mala alimentación que han tenido a lo largo de su vida como causa. En este sentido, López et al. (24) destacan que su población atribuye la etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”, argumentan que la presencia de eventos estresantes (momentos de pérdida, fuerte impresión) son factores capaces de desencadenar la enfermedad. Algunos mencionan factores como la herencia, obesidad, malos hábitos alimenticios, pero no logran percibir el carácter multifactorial del origen de la diabetes.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

Las personas diabéticas tipo II del área de Ciudad Colón, durante el I cuatrimestre de 2018, poseen en términos generales una buena a regular capacidad de agencia y autocuidado, debido a que la mayoría realiza prácticas de cuidado, las cuales les ayudan a mantener un control adecuado de su enfermedad. En lo relacionado con las creencias, los diabéticos poseen en su mayoría creencias que son adecuadas al conocimiento médico, lo cual les permite tener una actitud positiva hacia su enfermedad y obtienen un cuidado de la salud más correcto.

En este estudio, se encuentra que el 56 % de la población es femenina y el 63 % de la población se encuentra entre los 57-74 años. Con respecto a la educación, el 37 % de la población cuenta con el grado académico de primaria completa, el 57 % tiene un tiempo mayor a 10 años desde su diagnóstico, afirmando que, a pesar de la duración desde su diagnóstico, muchas veces no cuentan con un manejo adecuado y seguimiento oportuno de su enfermedad.

Se concluye que el acompañamiento que pueda recibir el diabético de su pareja o familia mejora el autoestima y permanencia eficaz del tratamiento. Además, que un estrato bajo influye directamente sobre una deficiente práctica de autocuidado.

La mayoría de la población en estudio se encuentra en el rango de una buena capacidad de agencia de autocuidado. El 87 % de la población en relación con su autocuidado refiere *Siempre* sentirse con ánimos para cuidarse, el 77 % indica que es capaz de cuidarse tal como a ellos les gusta, el 86 % puede obtener la información necesaria sobre qué hacer cuando su salud se ve

afectada y el 95 % indica que su alimentación como diabético no ha afectado su convivencia social ni se ha visto limitado.

En relación con lo descrito anteriormente, se puede concluir que es necesario que los pacientes diabéticos conozcan y realicen estas prácticas para mantener y controlar esta patología y así evitar que se presenten complicaciones futuras. El 62 % de la población indica que siempre busca información sobre el manejo de su enfermedad, pero solo el 42 % de la población refiere tener pleno conocimiento de las reacciones adversas y acción del medicamento que utilizan para tratar la diabetes.

El diabético y el personal de salud deben promover, fortalecer y evaluar la capacidad de agencia de autocuidado, permitiendo formar, motivar y fortalecer a las personas con diabetes *mellitus*, para que participen activamente en su tratamiento y aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas.

La educación oportuna y eficaz que se le ofrezca al diabético colabora con el mejoramiento de la calidad de vida de este, facilitando la responsabilidad y toma de decisiones con el conocimiento adecuado ante el cuidado de su enfermedad. Optimizando este aspecto, la población diabética puede superar cada proceso de su enfermedad, a partir de la mejora en la aceptación, realizando cambios en su estilo de vida y mejorando la agencia de autocuidado.

## 6.2 RECOMENDACIONES

Al profesional de salud encargado de instruir, educar y orientar al diabético se le recomienda:

- Realizar programas de educación diabetológica, donde dentro de sus objetivos la propagación de información sobre la enfermedad busque mejorar los conocimientos y actitudes hacia la misma.
- Implementar dentro de sus cursos o talleres de educación el abordaje de las creencias y experiencias personales de los diabéticos, lo cual promovería más adecuadamente la agencia de autocuidado.
- Involucrar las experiencias personales, familiares y culturales acerca de la enfermedad dentro de la atención que se le brinde al diabético, ya que muchas veces estas pueden entorpecer el quehacer médico siendo obstáculo para la prescripción médica.
- Procurar la educación individualizada y de manera holística para cada uno de los diabéticos, mejorando su autonomía, autoestima y motivándolos a su autocuidado.
- Valorar periódicamente la información que se le brinda a la persona diabética, para conocer cómo está interpretándola, si es apropiada y la forma como integran estos nuevos conocimientos a sus creencias previas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez S, María Y, Pérez Rosabal E, Sánchez L, Carmen M del, Quezada Rodríguez D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Rev. Arch. Méd Camagüey [Internet]. junio de 2016 [citado 15 de octubre de 2017];20(3):244-52. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-02552016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Fernández Vázquez, A, Abdala Cervantes, T, Alvarado Solís, EP, Tenorio Franco, GL, López Valencia, E, Cruz Centeno, S, Dávila Mendoza, R, González Pedraza Avilés, A. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2012;17(2):94-99. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006> .
3. Cruz-Bello, Vizcarra-Bordi, Kaufer-Horwitz, Benítez-Arciniega, Misra, Valdés-Ramos. Género y autocuidado de la diabetes *mellitus* tipo 2 en el Estado de México [Internet]. [citado 15 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252014000200005&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005&lng=es&tlng=en).
4. Lancheros Páez L, Pava Cárdenas A, Bohórquez Poveda A. Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. Diaeta [Internet]. diciembre de 2010 [citado 15 de octubre de 2017];28(133):17-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1852-73372010000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1852-73372010000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

5. Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Diabetes *mellitus* tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Pública México [Internet]. 2013 [citado 15 de octubre de 2017];55: S137-43. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342013000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342013000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Martínez Valdés, Hernández Miranda, Godínez Tamay. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes *mellitus* tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México [Internet]. [citado 15 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af123b.pdf>
7. Bustos Saldaña, Barajas Martínez, López Hernández, Sánchez Novoa, Palomera Palacios, Islas García, J. Conocimientos sobre diabetes *mellitus* en pacientes diabéticos tipo 2 tanto urbanos como rurales del occidente de México. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2007;9(3):147-155. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711441005>.
8. Laclé-Murray. Causas de muerte en una cohorte de diabéticos tipo 2 de Costa Rica y la calidad de su certificado de defunción. Acta Medica costarricense. [Internet] 2012. [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/8959/4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Laclé-Murray, Valero Juan. Incidencia de diabetes tipo 2 en un área urbano marginal de Costa Rica. Acta Medica costarricense. 2007 [Internet]. [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/15095/2%20Incidencia%20de%20diabete>

s%20tipo%202%20en%20un%20c3%a1rea%20urbano%20marginal%20de%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Laclé, Peralta. Tamizaje de Diabetes Mellitus tipo 2 en atención primaria. Acta Medica costarricense. [Internet]. 2005. [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/11358/3%20Tamizaje%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%202%20en%20atenci%3%b3n%20primaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Quirós Morales D, Villalobos Pérez A. Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en diabetes *mellitus* tipo II entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. Univ. Psychol. [Internet]. 2007 [citado 18 de octubre de 2017];6(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=64760317>

12. Fornieri MV, Sánchez AC, Montero JGJ, Mora BM, Li GY. Características generales y esquemas de tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2 participantes en el estudio IDMPS (International Diabetes Management Practice Study) en Costa Rica. Acta Médica Costarricense ISSN 0001-6012 [Internet]. 2 de febrero de 2016 [citado 18 de octubre de 2017];58(1). Disponible en: [http://actamedica.medicos.sa.cr/index.php/Acta\\_Medica/article/view/911](http://actamedica.medicos.sa.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/911)

13. Rojas Barahona. EL RETO INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR AL 2025. CENDEISS. [Internet]. 2006 [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v14n2/art2.pdf>

14. Chaverri Cruz, Fallas Rojas. Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]. LXXII (614) 217 -

224, 2015 [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/614/art40.pdf>

15. Durán-Varela BR, Rivera-Chavira B, Franco-Gallegos E. Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. Salud Pública México [Internet]. junio de 2001 [citado 3 de noviembre de 2017];43(3):233-6. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342001000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

16. OMS | Diabetes [Internet]. WHO. [citado 17 de diciembre de 2017]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

17. ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2013 [Internet]. [citado 3 de noviembre de 2017]. Disponible en:  
[http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS\\_ALAD\\_2013.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS_ALAD_2013.pdf)

18. Obando Briceño, Orozco Solano. Apoyo familiar dieta y costumbres como factores que influyen en la descompensación del paciente diabético área de salud de Nicoya primer semestre del 2004. [Internet]. 2004. [citado 1 de marzo de 2018]. Disponible en:  
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1104/1/Apoyo%20familiar%20dieta%20y%20costumbres%20.pdf>

19. Vicente Sánchez B, Zerquera Trujillo G, Rivas Alpízar E, Muñoz Cocina J, Gutiérrez Cantero Y, Castañedo Álvarez E. Nivel de conocimientos sobre diabetes *mellitus* en pacientes con diabetes tipo 2. MediSur [Internet]. diciembre de 2010 [citado 3 de noviembre de

2017];8(6):412-8. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-897X2010000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2010000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

20. Ariza Copado C, Gavara Palomar V, Muñoz Ureña A, Aguera Mengual F, Soto Martínez M, Lorca Serralta JR. Mejora en el control de los diabéticos tipo 2 tras una intervención conjunta: educación diabetológica y ejercicio físico. *Aten Primaria* [Internet]. agosto de 2011 [citado 10 de noviembre de 2017];43(8):398-406. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656710004439>

21. López López E, Ortiz Gress AA, López Carbajal MJ. Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Investig. En Educ. Médica* [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 10 de noviembre de 2017];5(17):11-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571500040X>

22. Benvenuto A. LAS CREENCIAS Y ACTITUDES DE PACIENTES DIABÉTICOS. En Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2010 [citado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-031/568>

23. López Ramón C, García Á, Isabel M. Diabetes *mellitus* hacia una perspectiva social. *Rev. Cuba Salud Pública* [Internet]. junio de 2013 [citado 6 de diciembre de 2017];39(2):331-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

24. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Arch. En*

Med. Fam. [Internet]. 2007 [citado 14 de noviembre de 2017];9(2):80-6. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454003>

25. Jiménez JTJ, Salmerón A de la T, Peresmitre GG. Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. Rev. Médica Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2002 [citado 17 de diciembre de 2017];40(4):307-18. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=2546>

26. Mendoza-Rivera R, Gil-Alfaro I, Sainz-Vázquez L, Soler-Huerta, E, Mendoza-Sánchez H, Hernández-Anguera J. ACTITUDES Y MOTIVACIONES DEL PACIENTE DIABÉTICO Y EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Arch. En Med. Fam. [Internet]. 2009;11(3):93-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719105001>

27. Triviño V., Zaidier G., Sanhueza A., Olivia. Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. [Internet]. Vol. 5(1): 20-31,. Bogotá: D - Universidad de La Sabana; 2005 [citado 28 de noviembre de 2017]. Disponible en: ProQuest E-book Central

28. Vázquez AF, Cervantes TAA, Solís EPA, Franco GLT, Valencia EL, Centeno SC, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2. Rev. Espec. Méd-Quirúrgicas [Internet]. 2012 [citado 14 de noviembre de 2017];17(2):94-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278006>

29. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco J. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes *mellitus*. Rev. Finlay [Internet]. diciembre de 2016 [citado 14 de noviembre de 2017];6(3):215-20. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2221-24342016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342016000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

30. Chicaiza Chacha JE, Saeteros Espinoza MG. Rol de Enfermería basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem para control y recuperación de pacientes diabéticos que son atendidos en el área de Medicina Interna del Hospital Provincial General de Latacunga periodo marzo-julio del 2016. agosto de 2016 [citado 14 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10144>

31. Isabel G-PM, Jesús C-CA de, Jigney P-J, Marbella M-O. Control glicémico, conocimientos y autocuidado de pacientes diabéticos tipo 2 que asisten a sesiones educativas. Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc. [Internet]. 2005 [citado 28 de febrero de 2018];13(1):9-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4394>

32. Ariza B, Johanna K, Muñoz de Rodríguez L. Experiencias de cuidado cultural en personas con diabetes y el contexto familiar, con enfoque Leininger. Experiências culturais em cuidados com diabetes e contexto familiar, com foco Leininger [Internet]. 2016 [citado 1 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/57354>

33. Galindo-Martínez MG, Rico-Herrera L, Padilla-Raygoza N. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. Aquichan [Internet]. 2014 [citado 8 de marzo de 2018];14(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=74130041002>

34. Gómez M, Martelo A, Martínez LC, Pacheco LA, Villa Y, Herrera Lian A. Agencia de auto cuidado en pacientes con diabetes *mellitus* tipo II. Cartagena. 2014 [Internet] [Thesis].

Universidad de Cartagena; 2014 [citado 8 de marzo de 2018]. Disponible en:  
<http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/2635>

35. Sedó Masís P. Percepciones sobre la diabetes y su padecimiento en personas adultas mayores diabéticas y familiares de un área urbana de Costa Rica. 1 de enero de 2011 [citado 8 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/13364>

36. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. Glob.* [Internet]. junio de 2010 [citado 3 de noviembre de 2017];(19):0-0. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412010000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

37. Estadística Área de salud Mora- Palmichal. Noviembre del 2017.

38. INEC. Características sociales y Demográficas. *reoblaccenso2011-10.pdf.pdf* [Internet]. [citado 18 de octubre de 2017]. Disponible en:  
[http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec\\_institucional/estadisticas/resultados/reoblaccenso2011-10.pdf.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/estadisticas/resultados/reoblaccenso2011-10.pdf.pdf)

39. Martínez Marín, A, Ríos Rosas, F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio* [Internet]. 2006;(25):0. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>

40. Briñol, Falces, Becerra. Actitudes. Universidad Autónoma de Madrid. [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>

41. Porto, Gardey. Definición de práctica — Definición de [Internet]. 2010. [citado 1 de abril de 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/practica/>
42. García, Bueno, Suarez, Martin, Madrid. Creencias / Ideologías | Filosofía [Internet]. [citado 25 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/filomat/df296.htm>
43. Contreras Orozco, A, Contreras Machado, A, Hernández Bohórquez, C, Castro Balmaceda, MT, Navarro Palmett, LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andina [Internet]. 2013;15(26):667-678. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>
44. Herrera, Arleth et al. Personas con diabetes *mellitus* tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en Enfermería, [S.l.], v. 30, n. 2, p. 39-46, jul. 2012. ISSN 2346-0261. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/36079/37474>. Fecha de acceso: 2 abril 2018

## **GLOSARIO Y ABREVIATURAS**

DM2: diabetes *mellitus* tipo II.

ALAD: Asociación Latinoamericana de Diabetes.

PTOG: prueba de tolerancia oral a la glucosa.

A1c: hemoglobina glicosilada.

## ANEXOS

### Anexo 1

Tabulación del plan piloto.

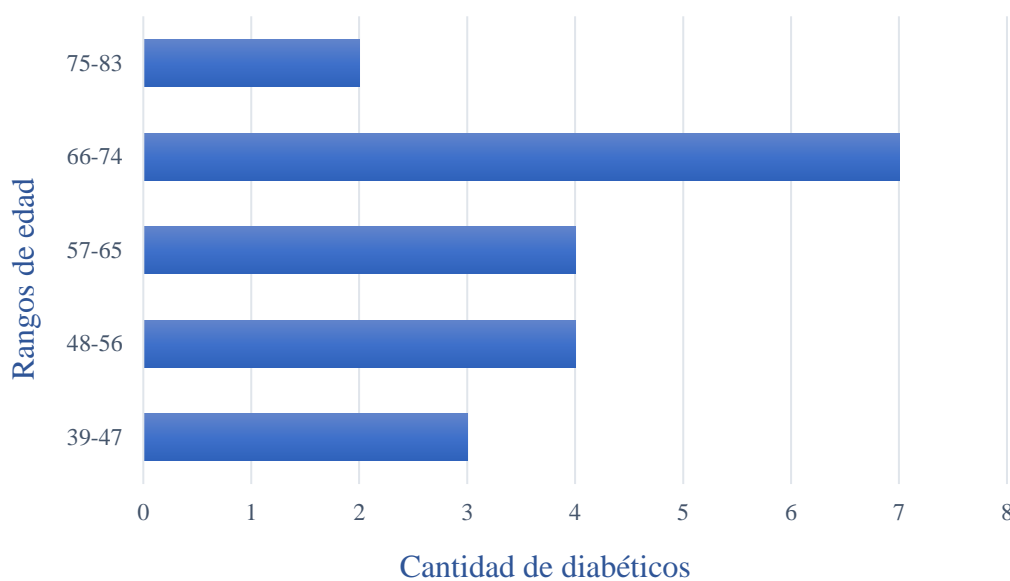
Perfil sociodemográfico.

*Tabla N°1*

*Distribución de la población según sexo, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

<b>Sexo</b>	<b>Cantidad de diabéticos</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	9	45%
Femenino	11	55%
Total	20	100%

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N° 1 Distribución de la población según rangos de edad, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

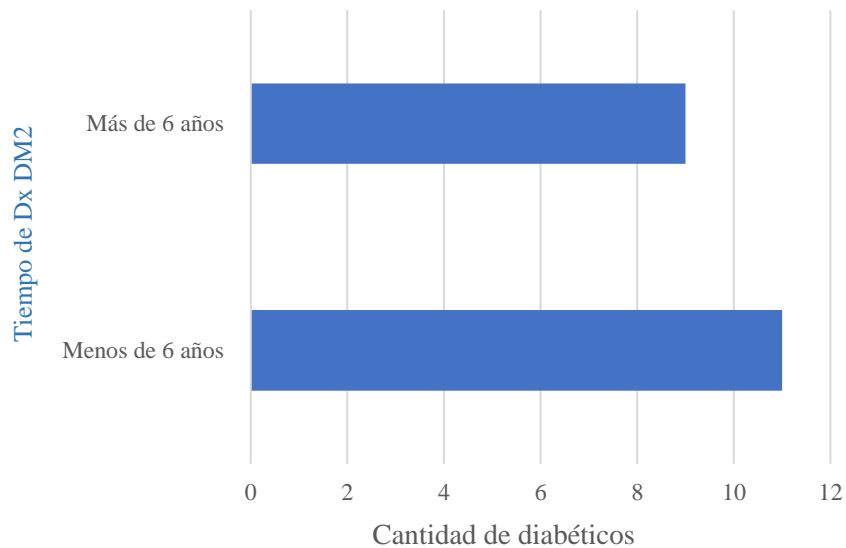
*Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°2

*Distribución de la población según grado académico de los diabéticos tipo II, Colón I cuatrimestre del 2018*

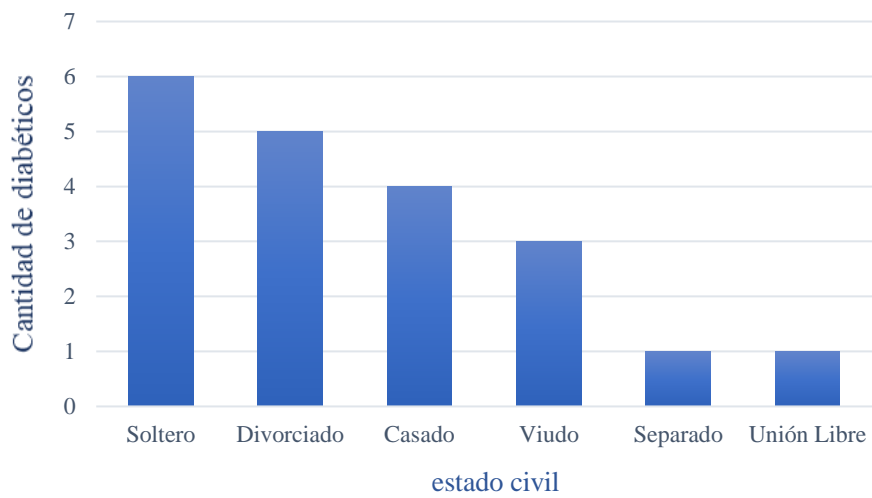
<b>Grado académico</b>	<b>Cantidad de diabéticos</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria (escuela) incompleta	5	25%
Primaria (escuela) completa	5	25%
Secundaria (colegio) Incompleta	3	15%
Secundaria (colegio) Completa	1	5%
Técnico	1	5%
Universidad incompleta	2	10%
Universidad completa	1	5%
Sin estudios	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



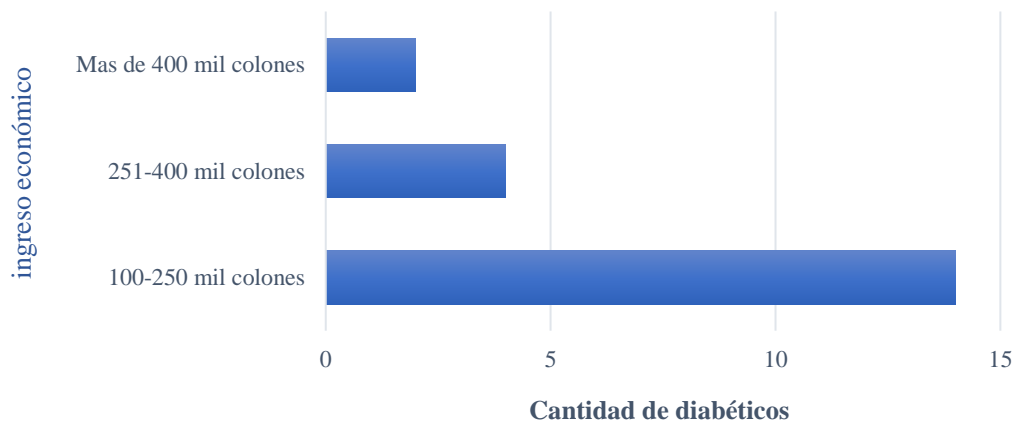
*Figura N° 2 Distribución de la población según tiempo de diagnóstico DM2, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N° 3 Distribución de la población según estado civil, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018.*



*Figura N° 4 Distribución de la población según ingreso económico mensual, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.*

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°3

*Distribución de la población en relación con el autocuidado de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems Autocuidado</b>	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Conforme cambian las circunstancias, yo realizo ajustes para mantener mi salud.			13	7
Si tengo dificultad para desplazarme o moverme, (si fuese su caso) efectúo las medidas necesarias para obtener ayuda.		4	4	12
Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.		2	4	14
Invierto siempre tiempo en mi autocuidado.		3	4	13
Yo realizo lo necesario para mantener el ambiente en donde vivo limpio e idóneo.			9	11
Para mantener mi salud, yo hago todo lo necesario que deba cumplir.	4		2	14
Siempre que existan situaciones que me perturban, yo las manejo de la mejor forma para continuar tal cual soy.		3	4	13
Siempre que inicio un nuevo medicamento, le solicito al profesional de enfermería que me brinde información oportuna y eficaz en la administración correcta de este.		2	11	7
El profesional de enfermería-médico me escucha y aclara siempre mis inquietudes.		1	7	12

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°4

*Distribución de la población en relación con las prácticas de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems Prácticas</b>	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Examino si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son adecuadas.		4	2	14
Al dormir de 6-8 horas diarias me siento descansado.	3	1	2	14
Me resulta importante realizar actividad física.			2	18
Realizo actividad física todos los días en periodos de 30 minutos.	6	4	6	4
Efectúo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.	5	2	3	5
Yo examino mi cuerpo en busca de cualquier cambio o alteración.	2	5	4	9
Mis actividades diarias me impiden conseguir tiempo para cuidarme.	12	2	3	3
A pesar de mis limitaciones de movilización (si las tuviese), soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1		5	14
Reemplazo el tratamiento farmacológico por terapias alternativas.				20

*Fuente: elaboración propia, 2018.*

Tabla N°5

*Distribución de la población en relación con los conocimientos de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems – Conocimiento</b>	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
Estoy continuamente buscando información y educación continua sobre el manejo de mi enfermedad.	2			18
Actualmente, tengo pleno conocimiento de cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumo actualmente para controlar la diabetes <i>mellitus</i> .	7			13
Conozco las complicaciones produce mi enfermedad.	4			16
Cuento con la capacidad de evaluar qué tanto me funciona lo que realizo para mantenerme con salud.	3			17
Si no puedo cuidarme debo buscar ayuda.	1			19
Cuando mi salud se ve afectada, yo puedo obtener la información necesaria sobre qué hacer.				20

Fuente: elaboración propia, 2018.

Tabla N°6

*Distribución de la población en relación con las creencias de las personas con diabetes mellitus tipo II, Ciudad Colón, I cuatrimestre del 2018*

<b>Ítems - Creencias</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
Mi enfermedad ha generado dificultades para el desarrollo de mi vida social.	19		1	
Creo que una farmacia o un proveedor puede tratar eficazmente mi enfermedad (DM2).	19		1	
La DM2 es causa de situaciones estresantes, sustos, coraje o tristeza que he vivido a lo largo de mi vida.	19		1	
Actualmente acudo a tratamientos alternativos para tratar mi enfermedad.	14		3	3
Los té/ licuados, y plantas que consumo actualmente me ayudan a controlar mi glicemia (azúcar en sangre).	14		4	2
El ejercicio físico lo realiza solamente el diabético que está en sobre peso u obesidad.	18			2
La alimentación que consumo como diabético, es limitante, y afecta mi convivencia social.	19		1	
La DM2 es una maldición/ cruz.	20			
El tratamiento con insulina causa problemas cerebrales, pérdida de la vista, daño en los riñones.	19		1	

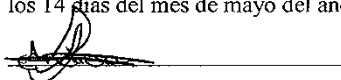
*Fuente: elaboración propia, 2018.*

## DECLARACION JURADA

### DECLARACIÓN JURADA

Yo Andrea Mariela Picado Carmona , mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1585-0365 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN TEORÍA DE DOROTHEA OREM, CIUDAD COLÓN, I CUATRIMESTRE, 2018.

Es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 14 días del mes de mayo del año dos mil dieciocho.



Firma del estudiante

Cédula 1-1585-0365

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**INVESTIGACIÓN**

**AUTOCUIDADO DE LAS PERSONAS CON DIABETES *MELLITUS* TIPO II SEGÚN  
TEORÍA DE DOROTHEA OREM, CIUDAD COLÓN, I CUATRIMESTRE, 2018.**

Nombre del investigador:

Andrea Mariela Picado Carmona. cédula 115850365

Nombre del participante:

---

**PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La presente investigación está conducida por Andrea Mariela Picado Carmona, cédula 1-1585-0365, estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana y se realiza como parte del trabajo final de graduación. El propósito del estudio es conocer el Autocuidado y creencias de las personas con diabetes *mellitus* Tipo II según Teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I Cuatrimestre, 2018.

**¿QUÉ SE HARÁ?:** Se espera determinar el autocuidado, creencias, el conocimiento, factores socioculturales, geográficos, cognitivos, conductuales de las personas con diabetes *mellitus* tipo II según teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018. Para esto se pretende aplicar un instrumento tipo cuestionario para la obtención de datos, información que será utilizada únicamente con fines académicos y no será expuesta a personas ajenas a la investigación.

**RIESGOS:** La participación en este estudio no significa riesgo alguno; la información brindada será estrictamente de índole confidencial.

**BENEFICIO:** Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que se obtendrá será que se podrán determinar las principales prácticas de autocuidado y creencias que influyen en las personas que padecen diabetes *mellitus* tipo II.

Recordarle que su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar en cualquier momento. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgada en una reunión científica, pero de manera anónima. Usted no obtendrá ninguna remuneración económica por participar en este estudio y no perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto

---

Fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

---

Fecha

---

Anexo 4

Instrumento para la recolección de datos.

## **Universidad Hispanoamericana**

Escuela de Enfermería

Tesis de Grado:

**AUTOCAUIDADO Y CREENCIAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES  
MELLITUS TIPO II SEGÚN TEORIZANTE DE ENFERMERIA DOROTHEA  
OREM, CIUDAD COLÓN, I CUATRIMESTRE, 2018.**

El presente cuestionario se realiza con fines académicos, para optar por el grado de Licenciatura en la carrera de Enfermería de la estudiante Andrea Mariela Picado Carmona. La información aportada será estrictamente confidencial, al mismo tiempo se agradece la colaboración.

Instrucciones generales:

Marque con una equis X la respuesta más acertada según su opinión. Favor elegir únicamente una respuesta por pregunta, a menos que la pregunta permita más de una respuesta.

Para hacer referencia a la diabetes *mellitus* tipo II se utiliza la abreviatura DM2.

### **I PARTE: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

P.1 Sexo:

1.  Masculino

2.  Femenino

P.2 ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

1- \_\_\_\_\_

P.3 ¿Cuál es su último grado académico alcanzado?

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Primaria (escuela) incompleta   | 2. <input type="checkbox"/> Primaria (escuela) completa   |
| 3. <input type="checkbox"/> Secundaria (colegio) incompleta | 4. <input type="checkbox"/> Secundaria (colegio) completa |
| 5. <input type="checkbox"/> Técnico                         | 6. <input type="checkbox"/> Universidad incompleta        |
| 7. <input type="checkbox"/> Universidad completa            | 8. <input type="checkbox"/> Sin estudios                  |

P.4 ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con DM2?

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses | 2. <input type="checkbox"/> De 6 meses -2 años |
| 3. <input type="checkbox"/> 2-4 años         | 4. <input type="checkbox"/> 4-6 años           |
| 5. <input type="checkbox"/> Más de 10 años   | 6. <input type="checkbox"/> Indique _____      |

P.5 Indique su estado civil:

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Soltero     | 2. <input type="checkbox"/> Separado   |
| 3. <input type="checkbox"/> Casado      | 4. <input type="checkbox"/> Divorciado |
| 5. <input type="checkbox"/> Unión Libre | 6. <input type="checkbox"/> Viudo      |

P.6 Indique su ingreso económico:

- |  |  |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Dependiente de otra persona/ ningún ingreso. | 2. <input type="checkbox"/> 100-250 mil colones    |
| 3. <input type="checkbox"/> 251-400 mil colones                          | 4. <input type="checkbox"/> Mas de 400 mil colones |

## II PARTE: INFORMACIÓN CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Seguidamente, encontrará una serie de 33 afirmaciones seguidas de cuatro opciones de respuesta, donde debe elegir solamente **una** opción para cada afirmación, marcando con una X la casilla correspondiente a la respuesta que mejor represente lo que usted piensa o hace frente a cada situación.

Ejemplo:

Usted consume drogas cuando trabaja

Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
			X

---

Por favor, no deje ninguna afirmación sin respuesta, si se equivoca o decide cambiar su respuesta, coloque un más (+) sobre la respuesta incorrecta y marque la nueva opción.

Ante cualquier duda u observación sobre cualquiera de las afirmaciones, por favor, consúltelo o hágaselo saber a la persona que le está aplicando este cuestionario.

Respuestas

<b>Ítems Autocuidado</b>	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
A. 1 Conforme cambian las circunstancias yo realizo ajustes para mantener mi salud.				
A. 2 Si tengo dificultad para desplazarme o moverme, efectúo las medidas necesarias para obtener ayuda.				
A. 3 Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.				
A. 4 Invierto siempre tiempo en mi autocuidado.				
A. 5 Yo realizo lo necesario para mantener el ambiente en donde vivo limpio e idóneo.				
A. 6 Para mantener mi salud yo hago todo lo necesario que deba cumplir.				
A. 7 Siempre que existan situaciones que me perturban, yo las manejo de la mejor forma para continuar tal cual soy.				
A. 8 Siempre que inicio un nuevo medicamento, le solicito al profesional de enfermería que me brinde información oportuna y eficaz en la administración correcta de este.				
A. 9 El profesional de enfermería-médico me escucha y aclara siempre mis inquietudes.				
<b>Ítems Prácticas</b>				
P1 Examino si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son adecuadas.				
P2 Al dormir de 6-8 horas diarias me siento descansado.				
P3 Me resulta importante realizar actividad física.				

P4	Realizo actividad física todos los días en periodos de 30 minutos.				
P5	Efectúo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.				
P6	Yo examino mi cuerpo en busca de cualquier cambio o alteración.				
P7	Mis actividades diarias me impiden conseguir tiempo para cuidarme.				
P8	A pesar de mis limitaciones de movilización (si las tuviese), soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				
P9	Reemplazo el tratamiento farmacológico por terapias alternativas.				
<b>Ítems – Conocimiento</b>					
C1	Estoy continuamente buscando información y educación continua sobre el manejo de mi enfermedad.				
C2	Actualmente, tengo pleno conocimiento de cómo actúan y las reacciones adversas de los medicamentos que consumo actualmente para controlar la diabetes <i>mellitus</i> .				
C3	Conozco las complicaciones que produce mi enfermedad.				
C4	Cuento con la capacidad de evaluar qué tanto me funciona lo que realizo para mantenerme con salud.				
C5	Si no puedo cuidarme, debo buscar ayuda.				
C6	Cuando mi salud se ve afectada, yo puedo obtener la información necesaria sobre qué hacer.				

Respuestas

Ítems - Creencias

Nunca

Casi Nunca

Casi Siempre

Siempre

CC 1 Mi enfermedad ha generado dificultades para el desarrollo de mi vida social.				
CC 2 Creo que una farmacia o un proveedor puede tratar eficazmente mi enfermedad (DM2).				
CC 3 La DM2 es causa de situaciones estresantes, sustos, coraje o tristeza que he vivido a lo largo de mi vida.				
CC 4 Actualmente acudo a tratamientos alternativos para tratar mi enfermedad.				
CC 5 Los té/ licuados, y plantas que consumo actualmente me ayudan a controlar mi glicemia (azúcar en sangre).				
CC 6 El ejercicio físico lo realiza solamente el diabético que está en sobre peso u obesidad.				
CC 7 La alimentación que consumo como diabético es limitante y afecta mi convivencia social.				
CC 8 La DM2 es una maldición/ cruz.				
CC 9 El tratamiento con insulina causa problemas cerebrales, pérdida de la vista, daño en los riñones, etc.				

Fecha: \_\_\_\_\_

Anexo 5

## CARTAS DE APROBACION

Carta de la tutora

### CARTA DEL TUTOR

San José, 11 de mayo de 2018

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante Andrea Mariela Picado Carmona, cédula 1-1585-0365, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "AUTOCUIDADO Y CREENCIAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN TEORIZANTE DE ENFERMERIA DOROTHEA OREM, CIUDAD COLÓN, I CUATRIMESTRE, 2018". El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

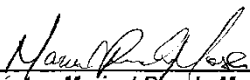
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	16
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		96

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**Máster. Marisel Picado Monge**  
**Cédula identidad 3-0408-0459**  
**Carné Colegio Profesional E-12171**

Anexo 6

Carta del Lector

CARTA DE LA LECTORA

San José, 19 de junio 2018.

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante, **Andrea Mariela Picado Carmona**, cédula 1-1585-0365 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“AUTOCUIDADO Y CREENCIAS DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN TEORIZANTE DE ENFERMERIA DOROTHEA OREM, CIUDAD COLÓN, I CUATRIMESTRE, 2018”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		92%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

## Anexo 7

### Carta del filólogo

Cartago, 21 de junio de 2018

Señores:

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

Yo, María Fernanda Sanabria Coto, cédula de identidad 1-1429-0780, bachiller en Filología española, perteneciente a la Asociación Costarricense de Filólogos carné 225 y al Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes de Costa Rica código 75402, hago constar que he revisado el proyecto titulado:

***Autocuidado y creencias de las personas con diabetes mellitus tipo II según Teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre, 2018.***

Dicho documento fue elaborado por Andrea Mariela Picado Carmona. El proyecto fue realizado con el fin de optar al grado de Licenciatura en Enfermería. He revisado y corregido aspectos tales como construcción de párrafos, vicios del lenguaje trasladados a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico. Por lo tanto, con los cambios aplicados, considero que está listo para ser presentado.

Atentamente,

*Fernanda S. Coto*

María Fernanda Sanabria Coto  
Asociación Costarricense de Filólogos. Carné nro. 225  
Colypro. Código 75402  
fernanda.sanabria@filologos.cr





Lunes 02 de Abril, 2018

OCL-011-2018

Señores  
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

Estimados señores:

Hago constar que la estimación de la muestra para el proyecto de grado denominado "*Autocuidado y creencias de las personas con diabetes mellitus Tipo II según teorizante de enfermería Dorothea Orem, Ciudad Colón, I cuatrimestre 2018*" de la estudiante Andrea Mariela Picado Carmo-  
na, cédula de identidad 115850365 fue realizada con la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

El tamaño de las muestras se estimó con los siguientes parámetros:

- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 90% y se empleó un error máximo permitido de 0,05; obteniéndose el valor de 207 unidades de estudio.
- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 95% y se empleó un error máximo permitido de 0,05; obteniéndose el valor de 268 unidades de estudio.
- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 99% y se empleó un error máximo permitido de 0,05; obteniéndose el valor de 378 unidades de estudio.
- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 90% y se empleó un error máximo permitido de 0,10; obteniéndose el valor de 63 unidades de estudio.



- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 95% y se empleó un error máximo permitido de 0,10; obteniéndose el valor de 87 unidades de estudio.
- Desviación estándar máxima de 0,5; un nivel de confianza del 99% y se empleó un error máximo permitido de 0,10; obteniéndose el valor de 139 unidades de estudio.

Sin más por el momento, se suscribe.

Cordialmente,

CARLOS  
EDUARDO  
LOPEZ  
FUENTES  
(FIRMA)

Digitally signed by  
CARLOS EDUARDO  
LOPEZ FUENTES  
(FIRMA)  
Date: 2018.04.02  
10:11:28 -06:00  
Reason: hecho por  
Location: Costa Rica,  
San Jose, San Jose,  
Carmen

Lic. Carlos Edo López Fuentes, MATI  
Miembro 23 292, 7 568 y 686  
Del Colegio de Profesionales en Ciencias Económicas  
de Costa Rica, del Colegio de Contadores Públicos de  
Costa Rica y del Instituto de Auditores  
Internos de Costa Rica respectivamente