



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**AFRONTAMIENTO Y AUTOCAUIDADO EN  
ADULTOS CON DIABETES MELLITUS DEL  
CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ,  
CHICLAYO – 2019**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autora:**

**Bach. Santamaria Juarez Violetita Aracely**

**Asesora:**

**Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen**

**Línea de Investigación:**

**Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana**

**Pimentel – Perú**

**2019**

**AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON  
DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD JOSE  
LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO – 2019**

**PRESENTADA POR:**

**SANTAMARIA JUAREZ VIOLETITA ARACELY**

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán

Para optar el título de:

**LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

APROBADO POR

---

Dra. Luz Antonia Barreto Espinoza

PRESIDENTA

---

Mg. Daly Margott Torres Saavedra

SECRETARIA

---

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

ASESORA

## DEDICATORIA

A Dios, por cuidarme, guiarme y darme perseverancia; por haber puesto en mi camino personas que me han ayudado a crecer personalmente y profesionalmente en esta etapa de mi vida.

A mi familia por creer siempre en mí; a mis padres Teobaldo Santamaría y Libia Juárez por brindarme su amor, consejos, apoyo incondicional y ser mi motivación para poder concluir con mi carrera.

A mis hermanos Ylenia Libia y Jimmy David por confiar en mí y por creer que en esta vida todo es posible si uno se lo propone. Todo este trabajo ha sido gracias a ustedes.

*Violetita Aracely*

## **AGRADECIMIENTO**

Le doy gracias a Dios y a la Virgen de Guadalupe por haberme guiado durante el tiempo de mi carrera profesional de Enfermería.

A nuestros maestros que me acompañaron a lo largo de esta carrera y la enseñanza que nos dejan. Un especial agradecimiento a mi asesora Metodológica a la Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz por su orientación y motivación a seguir adelante y a los miembros del jurado por sus aportes.

Al Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo por permitir la realización de dicha investigación; así mismo a las enfermeras, pacientes y familiares por su tiempo y amabilidad para acceder a participar y que de alguna u otra forma han contribuido en logro de esta investigación.

*Violetita Aracely*

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo: Determinar cuál fue la relación que existe entre el afrontamiento y el autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019. El estudio fue cuantitativo, tipo correlacional, diseño no experimental y de corte transversal, la muestra fue de 48 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento utilizado fue el cuestionario para evaluar el afrontamiento y autocuidado de los pacientes anteriormente mencionados. Los datos se tabularon y se procesaron a través del programa software SSPS versión 21. Los resultados de la investigación indican que el 79.2%, 56.3%, 87.5% y 56.3% de los pacientes diabéticos presentan un nivel de afrontamiento favorable en las dimensiones valoración de la situación como amenaza, desafío, conductual y pasivo- evitativo respectivamente. Sólo en el caso de la dimensión cognitivo, el 54.2% de los adultos presentaron un afrontamiento medianamente favorable. Al evaluar el nivel de autocuidado por dimensiones se encontró que, el 58.3% y el 47.9% de los adultos presentaron un autocuidado parcialmente adecuado en las dimensiones de régimen alimentario y actividad física; sin embargo, el 68.8%, 70.8% y 52.1% de estos adultos evidenciaron un autocuidado adecuado en las dimensiones de hábitos nocivos, control de la salud y cuidado personal. Llegando a la conclusión que al evaluar la correlación entre el afrontamiento y el autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz Chiclayo 2019, se evidenció un coeficiente  $r = 0.554$ , calificando a las variables con una correlación positiva moderada. Por lo que se afirma estadísticamente que el afrontamiento interviene directamente sobre la variable respuesta.

**Palabras clave:** Afrontamiento, autocuidado, diabetes mellitus.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between coping and self-care in Adults with Diabetes Mellitus at the José Leonardo Ortiz Health Center - Chiclayo 2019. The study was quantitative, correlational type, non-experimental and cross-sectional design. It was 48 patients who met the inclusion criteria. The technique used was the survey and the instrument used. SSPS version 21. The results of the research indicate that 79.2%, 56.3%, 87.5% and 56.3% of diabetic patients present a favorable level of coping in the qualifying dimensions The situation as threat, challenge, behavioral and passive- avoidant respectively. Only in the case of the cognitive dimension, 54.2% of adults have a favorable medium coping. When evaluating the level of self-care by dimensions it has been found that 58.3% and 47.9% of adults have been automatically translated. However, 68.8%, 70.8% and 52.1% of these adults demonstrate adequate self-care in the dimensions of harmful habits, health control and personal care. He concluded that the correlation between coping and self-care in Adults with Diabetes Mellitus at the José Leonardo Ortiz Chiclayo Health Center 2019 was evaluated, a coefficient  $r = 0.554$  is shown, the variables are scored with a moderate positive correlation . What is statistically stated that coping directly intervenes on the response variable.

**Key words:** Coping, self-care, mellitus diabetes.

## INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INDICE.....	7
I. INTRODUCCION .....	8
1.1. Realidad Problemática .....	9
1.2. Antecedentes de Estudio .....	9
1.3. Teorías relacionadas con el tema. ....	12
1.4. Formulación del problema .....	24
1.5. Justificación e Importancia .....	25
1.6. Hipótesis .....	25
1.7. Objetivos.....	26
II. MÉTODOS .....	26
2.1. Tipo y diseño de investigación .....	26
2.2. Población y Muestra .....	28
2.3. Variables, Operacionalización .....	29
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	34
2.5. Procedimiento de análisis de datos .....	35
2.6. Criterios éticos .....	36
2.7. Criterios de rigor científico.....	36
III. RESULTADOS .....	38
3.1. Resultados en Tablas y Figuras.....	38
3.2. Discusión de resultados .....	46
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	51
4.1. Conclusiones.....	51
4.2. Recomendaciones .....	52
REFERENCIAS .....	54
ANEXOS.....	61

## I. INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus se considera un desorden metabólico de múltiples causas, que se caracteriza por hiperglucemia crónica que resulta de defectos en la secreción o en la acción de la insulina, el diagnóstico implica una crisis vital aguda, puesto que los pacientes deben modificar su estilo de vida de manera abrupta (1).

Las personas diabéticas no sólo se ven afectadas físicamente, sino que además presentan cambios emocionales, que conlleva a un deterioro de su bienestar. El impacto que genera su diagnóstico es una reacción emocional ocasionada por el hecho de ser consciente de que se padece una enfermedad que perdurará toda su vida y los ajustes que se deben efectuar en el estilo de vida (2). Todos estos aspectos interfieren en el manejo de los niveles de glucemia, originando severas complicaciones, inclusive la muerte (3).

Con el propósito de cambiar la calidad de vida, uno de los pilares esenciales en el tratamiento de la enfermedad es la educación que implicará desarrollar en ellos conocimientos, estrategias de afrontamiento, prácticas en su autocuidado lo que permitirá lograr un estado de conciencia y una cultura de prevención en el mantenimiento de la salud para prevenir y evitar la severidad de las complicaciones futuras, reduciendo en ellos los riesgos de morbilidad y mortalidad. Por consiguiente, el objetivo fue determinar la relación entre el afrontamiento y el autocuidado en los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019.

Para dar un mayor entendimiento sobre la presente investigación se han desarrollado diferentes apartados: El capítulo I estuvo conformado por la descripción de la realidad problemática, antecedentes de estudio, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación e importancia del estudio, hipótesis y objetivos. El capítulo II se describe el tipo y diseño de la investigación, descripción de la variable, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, procedimientos de análisis de datos, criterios éticos, criterios de rigor científico. El capítulo III se evidenciará los resultados y la discusión de la investigación, y por último el capítulo IV donde se presentará las conclusiones y recomendaciones.

## **1.1. Realidad Problemática**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica progresiva que tiene como común denominador la hiperglicemia como resultado de una deficiencia en la producción y acción de la insulina (4). Es una de las mayores emergencias mundiales del siglo XXI, y se encuentra entre las diez primeras causas de muerte (5). La diabetes tipo II se caracteriza por un defecto relativo en la producción o en la resistencia de la acción de la insulina, es el tipo con mayor frecuencia y constituye aproximadamente de 90% - 95% de los casos (6) .

El aumento de la diabetes a nivel mundial es alarmante. Según las estadísticas en el 2017 la Federación Internacional de Diabetes (FID), indican que el número estimado de adultos que viven con esta patología es de 425 millones de individuos en el mundo, lo que constituye un 8,8% entre las edades de 20 a 79 años. Informa que, si las tendencias continúan, la prevalencia mundial para el 2045 será de 693 millones de personas, los mayores casos se encuentran en China, India y los Estados Unidos respectivamente. Destacar que hasta 212,4 millones de la población, o la mitad (50,0%) del total de diabéticos no son conscientes de tener la enfermedad (5) . La Organización Panamericana de la Salud, notifica que en América Latina el número de individuos que padecerá esta enfermedad será de 109 millones para el año 2040.

En el Perú esta enfermedad aqueja a más de 2 a 5 millones de individuos, referido por la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud (MINSa 2015). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017), aplicada a las personas de 15 años a más; reportó que el 3,3% fue diagnosticado con diabetes, con mayor frecuencia en la población masculina (3,6%) en relación a la femenina (3%) (7). Por otro lado, por región natural, en el 2016, el mayor número de los casos fueron los residentes de Lima Metropolitana (4,6%), en comparación a la población procedente de la Sierra con un 1,8% (8).

En cuanto al ámbito de nuestra provincia Chiclayana, en el 2019 la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, en la S.E N°44 registró 749 casos de pacientes con Diabetes Mellitus, siendo los distritos con mayor número de casos: Chiclayo,

José Leonardo Ortiz, la Victoria, Pomalca y Lambayeque. El mayor porcentaje de casos se presentaron en individuos de 50 años a más, siendo el sexo femenino el más frecuente. El tipo de diabetes que afecta mayormente es la de tipo II con el 97% y el 2% corresponde a diabetes tipo I. La complicación crónica de mayor frecuencia es la neuropatía periférica (144), pie diabético sin amputación (52) y la nefropatía diabética (89) y retinopatía no proliferativa (39). (9).

Esta patología produce consecuencias de larga duración, de carácter no transmisible y degenerativo, discapacidad, alteración funcional e incurabilidad. Cuando se diagnostica a un individuo con diabetes, la noticia suele representar una pérdida del equilibrio fisiológico y una restricción en el modo de vida (10), el impacto que genera el diagnóstico es una reacción emocional ocasionada por el hecho de ser consciente de que se padece una enfermedad y los ajustes que deben realizar en el estilo de vida (2) .

Es fundamental analizar el estado emocional, puesto que algunos niegan la gravedad de su padecimiento e ignoran la necesidad de auto cuidarse, rechazando la alimentación, el ejercicio físico, el peso y el cuidado personal; además algunos se tornan agresivos y pueden evidenciarlo contradiciendo el tratamiento, de igual modo la interiorizan en ocasiones con depresión y aislamiento social, puesto que, los pacientes deben evitar conductas que normalmente el contacto social incentiva; sin embargo algunos tienden a presentar dependencias psicológicas y requieren que otras personas los cuiden , sin adoptar un comportamiento activo para su bienestar. Como resultado, estas reacciones interfieren en los niveles de glucemia, originando severas consecuencias en la salud del paciente diabético (3).

Tras el diagnóstico médico, los diabéticos presentan diferentes estrategias de afrontamiento; la realidad que enfrentan podría ser evaluada como amenaza, desafío o indiferente para después solucionar las dificultades de forma cognitiva, conductual o reaccionar de manera pasiva o evitativo (11).

La evidencia nos muestra que el tipo de diabetes mellitus que afecta principalmente es el tipo II, provocando cambios la vida, en la salud y en el estado emocional de las personas; cambios en el cual el paciente deberá afrontar y adaptarse a su nueva etapa de vida y esto lo realizará con ayuda de profesionales sanitarios, principalmente

profesionales de enfermería que se enfocaran en las intervenciones de promoción y prevención.

En el centro de salud José Leonardo Ortiz; durante las consultas de enfermería, se evidencio que los pacientes no logran mantener los niveles de glucosa , manifestaron que al recibir el diagnóstico médico al principio negaron la magnitud de su enfermedad, expresaron que se sienten tristes, decaídos, con cierto grado de indiferencia; sin embargo algunos de ellos aceptan la enfermedad, pero no son conscientes algunas veces de su cuidado porque se les hace difícil cumplir con el tratamiento tales como régimen alimenticio, actividad física, control sobre su salud. Así mismo relacionan el padecimiento con términos tales como: “incurable”, “incapacidad”, “grave”, refiriendo tener miedo a las complicaciones futuras, tales como neuropatías, retinopatías, nefropatías, cardiopatías.

## **1.2. Antecedentes de Estudio**

Contreras A, et al. Colombia, 2013, realizó una investigación sobre la capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos, el diseño fue descriptivo de corte transversal, participaron 27 diabéticos. Los resultados fueron: que la edad osciló entre 45 a 75 años; un 81.48% se ocupa de tareas del hogar y trabajos informales. Un 88.89% se encontró en la categoría regular capacidad de autocuidado, se halló deficiencia en los aspectos de bienestar personal, actividad, descanso y modificación de hábitos alimenticios. Por lo tanto, demostraron problemas en los aspectos pertenecientes al bienestar personal, actividad física, apoyo social, consumo de alimentos, soporte educativo y afrontamiento de situaciones problemáticas (3).

Soler Y, et al. Cuba, 2016, realizaron una investigación sobre el autocuidado en pacientes. El estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El universo estuvo formado de 87 diabéticos tipo 2, la muestra fue de 22 pacientes. Los resultados conseguidos son que un 45,45% presentaron un nivel de conocimientos bajo, un 90, 91% presentan ausencia de autocuidado. En conclusión, los pacientes mostraron ausencia de autocuidado y bajo nivel de conocimientos (12).

Ocampo EJ, et al. México, 2017, investigaron sobre las estrategias de Afrontamiento. Estudio descriptivo, transversal, participaron los pacientes de CAISES del municipio

de Guanajuato; participaron 32 pacientes entre las edades de 40- 59 años, se encontró que los participantes tienen un manejo adecuado en cuanto a la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional y apoyo social; así como un manejo inadecuado en cuanto a la evitación de problemas, pensamiento deliberativo, retirada social y autocrítica. Se determinó que la población tiene conocimiento sobre la diabetes y regular capacidad de autocuidado (13).

Flores D, et al. Perú, 2014, realizaron un estudio de capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos, investigación cuantitativa descriptiva, diseño correlacional y de corte transversal. La población total fue de 60 adultos, el método que se utilizó fue encuesta, la entrevista. Los resultados que se obtuvieron fueron: el 80,0% del total de pacientes la mayoría muestra una buena capacidad de autocuidado y un 56,7% presenta una mejorable respuesta adaptativa. La relación entre las variables es estadísticamente significativa. La capacidad de autocuidado tiene relación estadísticamente significativa con las dimensiones de la respuesta adaptativa: repercusión psicológica, percepción de la severidad de la enfermedad, conducta de salud, barrera para el cumplimiento de tratamiento y molestias asociadas a la enfermedad (14).

Rodríguez Y. Perú, 2014, investigo sobre estilos de vida y estrategias de afrontamiento, estudio de diseño descriptivo transversal, correlacional, participaron 62 diabéticos, la información fue procesada utilizando el Software especializado de estadística SPSS Versión 19.0. Los resultados fueron que el 91,9% muestran un regular estilo de vida, un 8,1% tiene buen estilo de vida, un 53,3% muestran estrategias de afrontamiento medianamente favorable, un 43.5% estrategias favorables y el 3,2% estrategias desfavorables. En conclusión, no existe relación estadísticamente entre las variables de estudio (15).

Así mismo Muñoz D, Perú, 2015, realizó una investigación denominado estilos de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes. Investigación descriptiva, transversal. Participaron 40 adultos elegidos por medio del muestreo no probabilístico intencional. El instrumento fue el cuestionario. Los resultados muestran, un 50 % de los estilos de vida fueron adecuados y un 50% fueron inadecuadas, por otro lado, el 53% aplican estrategias de afrontamiento y el 47% no

lo aplican. Los diabéticos que acuden al consultorio aplican las estrategias de afrontamiento (16).

De la Cruz E. Ica, 2016, en su investigación sobre autocuidado y diabetes mellitus de pacientes hospitalizados, el estudio fue descriptivo de correlación, teniendo como variable principal: Diabetes Mellitus, variable secundaria: Autocuidado. Se utilizó como técnica la entrevista con su respectivo instrumento. En los resultados se tiene que el 36.4% tienen edades de más de 50 años con mayor frecuencia en el sexo masculino y el 72.7% son de Ica. El autocuidado por medio de la información es alto en el 63.6% de los pacientes y el afrontamiento es regular y bajo en el 40.9% de los mismos para cada caso. Se recomienda conocer las características socioculturales de los pacientes para realizar estrategias educativas que estén en relación con sus creencias, costumbres y niveles educativos, a la vez se debe de realizar talleres sobre temas de cómo afrontar esta enfermedad a los pacientes y familiares para evitar complicaciones de la enfermedad (17).

Fernandini J, et al. Trujillo, 2017, llevaron a cabo un trabajo de investigación denominado estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético, estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. La muestra fue formada por 113 personas diabéticas, los resultados evidencian que un 64.6% en cuanto a las estrategias de afrontamiento fue alta, un 35.4% fue medio y bajo en un 0%. En relación a la capacidad de autocuidado fue alta un 61.0%, medio en 38.1% y bajo en 0.9%; con respecto a la prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 28.854 con un p-valor de significancia de 0.000( $p < 0.05$ ), de tal manera, existe relación significativa entre las variables de estudio (18).

Suarez Z. Lima, 2017, realizó la investigación titulada medidas de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo II, la investigación fue cuantitativa, nivel aplicativo, método descriptivo y transversal; la muestra estuvo constituida por 100 pacientes mujeres y varones entre las edades de 30 a 59 años. La técnica fue entrevista y se utilizó el cuestionario, dentro de los resultados que se encontraron fueron: que de un total 100 (100%) adultos encuestados, el 60% desarrollan medidas de autocuidado inadecuadas y el 40% efectúan medidas de autocuidado adecuadas. Concluyéndose que las medidas de autocuidado son inadecuadas para la prevención de la enfermedad (19).

Cadenillas R, et al. Lambayeque, 2013, realizaron una investigación sobre prácticas de autocuidado para la prevención de complicaciones en Diabetes Mellitus del Adulto Mayor, la investigación fue de tipo descriptiva, la población estuvo constituido por 40 adultos. Los resultados determinaron que en relación a las prácticas de autocuidado de acuerdo al régimen dietético un 42.5% cumplen con adecuadas prácticas de autocuidado, mientras que el 57.5% tienen buenas prácticas, por otra parte en cuanto a la actividad y reposo se obtuvo un 40% de pacientes con buenas prácticas, el 60% mostraron adecuadas prácticas y el 85.5% estimaron buenas prácticas de autocuidado, del mismo modo en cuanto a la participación social se obtuvo que en un 40% obtuvieron adecuadas prácticas, mientras que el 60% mostraron buenas prácticas; así mismo se observó que en el tratamiento y medidas diagnósticas para el control de diabetes un 40% realizaron buenas prácticas y el 60% tienen adecuadas prácticas. Esto permite concluir que es necesario reforzar sus conocimientos del paciente diabético y que este realice acciones en beneficio de su salud (20).

### **1.3. Teorías relacionadas con el tema.**

En la presente investigación se sustenta bajo el enfoque teórico de Dorothea E. Orem. Dorothea etiqueta en su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general conformada por tres teorías: la primera es la teoría de autocuidado, que detalla el por qué y cómo los individuos realizan su propio cuidado; la segunda es la del déficit de autocuidado, en ella describe y explica cómo la enfermera puede ayudar al individuo y la teoría de sistema enfermeros, en la que describe y expone cuál es la relación que hay que conservar para que se promueva un cuidado enfermero (21).

Dorothea define la palabra auto, como la integridad de un individuo (considerando las dimensiones física, espiritual y psicológica) y la palabra cuidado como las acciones que una persona inicia para conservar su salud y desarrollarse plenamente (22).

El concepto de autocuidado fue introducido por Dorothea E. Orem en el año 1969, se refiere a las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en un determinado periodo de tiempo, por sí mismas y con el interés de conservar un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo propio y

el bienestar a través de la satisfacción de requisitos para las relaciones funcionales (23).

El autocuidado es una función humana que se debe utilizar en las personas de manera voluntaria, con el propósito de conservar su salud, su vida, bienestar y desarrollo, por ende, es un sistema de acción.

La teoría tiene como supuesto primordial “el autocuidado no es innato”; esta conducta debe ser aprendida y desarrollada de forma voluntaria, continuamente y conforme con los requisitos reguladores del individuo (24). En efecto los individuos van aprendiendo y desarrollando prácticas del cuidado que se transforman en conductas, que favorecen a la salud y a su bienestar óptimo.

Dorothea O. indica que todos los individuos tenemos requisitos que sirven de base para conservar los estilos de vida saludable y mantener la salud. Estos requisitos están asociados con sus etapas de crecimiento y desarrollo, estado de salud es decir físico o psicológico, características específicas de salud (24). Orem desglosa los requisitos en tres categorías de:

La primera categoría hace referencia a los requisitos universales, son las necesidades humanas comunes de todas las personas, en las cuales hacen referencia al mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, alimentos, agua, la provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación urinaria e intestinal, equilibrio entre actividades y descanso, equilibrio entre soledad y comunicación social, acciones para prevenir peligros y la promoción del funcionamiento humano (25).

Como segunda categoría está el requisito de autocuidado de desarrollo; son condiciones evolutivas o del desarrollo del ser humano en su ciclo vital, en las cuales se encuentran la provisión de condiciones que promueven el desarrollo, implicación en el autodesarrollo y prevenir los efectos de las circunstancias que perturban de modo negativo a la persona (26).

La tercera categoría son los requisitos en caso de desviación de salud, este requisito existe en aquellos individuos que se encuentran enfermas o que padecen cualquier discapacidad, trastornos patológicos, y para las personas que son sometidos a un diagnóstico o tratamiento clínico (25). Afectando la dimensión física, psicológica, de la misma manera el funcionamiento integral humano. Las medidas dirigidas a

satisfacer las necesidades incluyen intervenciones como buscar apoyo en el cuidado de la salud, cumplir con las terapias prescritas y el afrontamiento de los efectos de la patología y el tratamiento (26).

Para Dorothea la persona es un todo integral dinámico que presenta funciones en el ámbito biológico, simbólico y social, con capacidad de utilizar las ideas, las palabras para pensar y reflexionar sobre su salud, con la finalidad de llevar a cabo gestiones de autocuidado (27). Es la unidad que tiene la capacidad, actitud y la autoridad de comprometerse para iniciar sus cuidados.

El entorno es definido como los factores externos que pueden influir e interactuar en la decisión del ser humano de iniciar el autocuidado o sobre la capacidad de ejercerlo (27).

Define a la salud como un estado e introduce “salud es un término que asume utilidad general, significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto que implique deterioro de la persona”, esta definición está relacionada con la percepción de bienestar que tiene el ser humano (27).

Enfermería lo conceptualiza como una asistencia humanitaria, proceso interpersonal y tecnología (métodos o técnicas formales), que se proporciona cuando el individuo no cuida de uno mismo para conservar la salud, la vida y el bienestar. Estas intervenciones están encaminadas hacia el fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o de efectuar el cuidado terapéutico (27).

La teoría del déficit de autocuidado es considerado como el núcleo central del modelo; es la incapacidad que puede tener el ser humano para ejecutar todas las acciones que garanticen un cuidado eficaz y un funcionamiento saludable, debido a las dificultades de salud, por consiguiente cuando la capacidad de los seres humanos no es saludable para el afrontamiento de la demanda surge el déficit de autocuidado (28).

Según Orem, las acciones de enfermería tienen lugar cuando las demandas de autocuidado de los seres humanos exceden sus habilidades para cubrirlas; y con la finalidad de puntualizar el compromiso enfermero, diseñó la Teoría de los Sistemas Enfermeros (28).

De lo anterior se refiere a las intervenciones que el enfermero ejecuta continuamente sobre las personas a los que atiende, la cual está orientada a cubrir las demandas de autocuidado. Según la capacidad y la voluntad del individuo las acciones que realiza la enfermera se orientan en sistemas de enfermería, que comprende totalmente compensatorio cuando el personal de enfermería ejecuta el cuidado terapéutico, compensando la imposibilidad del sujeto para efectuar su cuidado; parcialmente compensatorio cuando las acciones enfermeras y el paciente ejecutan conjuntamente algunas de las medidas de cuidado; y el sistema de apoyo educativo, se refiere cuando la enfermera ayuda al individuo para que logre los conocimientos necesarios y las prácticas con su cuidado (25).

Desde la perspectiva de enfermería, el método de ayuda es un conjunto de intervenciones que, si se lleva a cabo, solucionaría o ayudaría a compensar las limitaciones sobre la salud de los pacientes, que se comprometen a cumplir cuidados para su bienestar. Igualmente Orem certifica que el profesional de enfermería utiliza cinco métodos de ayuda como: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (25).

Por ende la teoría se enfoca en un campo de conocimiento que guía las acciones de enfermería, en aras de satisfacer las necesidades y en fortalecer la promoción en el cuidado (22). De esta manera el objetivo de enfermería es ayudar a los individuos a llevar a cabo su cuidado para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias (21).

En cuestión al marco teórico, se hace mención de dos variables de estudio las cuales están definidas así:

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), conceptualiza la palabra Afrontamiento como “la acción y efecto de afrontar”, siendo afrontar “hacer cara a un problema o situación comprometida” (29).

Lazarus y Folkman, citado en Macías M, indican el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (30).

Con respecto a lo anterior, conviene destacar dos aspectos fundamentales. El primero de ellos describe al esfuerzo de hacer frente a las circunstancias que causa el proceso, es decir afrontar es querer solucionar el problema de manera satisfactoria; y el segundo aspecto, manejar, es decir controlar, dominar, resolver activamente la situación; en este sentido el afrontamiento es cualquier intento de hacer frente al problema, modificando de manera objetiva o cambiando subjetivamente las reacciones emocionales (31).

Según Papalia D, et al. (32), el afrontamiento es un comportamiento o pensamiento adaptativo que está orientado a disminuir o aliviar el estrés que se produce por las situaciones amenazantes, dolorosas, o desafiantes.

Otros autores que utilizan la palabra afrontamiento es Callista Roy, plantea que el afrontamiento facilita la adaptación y lo conceptualiza como “modos adquiridos de actuar entre los cambios originados en el entorno” (25).

Según Oviedo A (33), el afrontamiento es un proceso dinámico y multifuncional; es dinámico puesto que va a depender de la relación entre el sujeto y el entorno, porque está influido por elementos individuales, ambientales y sociales y es multidimensional porque cada individuo utiliza diferentes estrategias para afrontar las circunstancias.

Son varias las situaciones estresantes y diversas maneras de afrontar; ante fuentes similares de estrés, algunas personas se encuentran alertas y vigilantes, niegan la realidad, se distraen o se olvidan, por el contrario otros actúan de modo directo y activamente para tratar de corregir la situación y aceptar con resignación; por ende las estrategias de afrontamiento de un acontecimiento estresante están relacionados tanto en la situación como en la forma de actuar de la persona (31).

Por consiguiente las estrategias de afrontamiento, desempeñan dos funciones principales: alteran la situación estresante para poder cambiarla o eliminarla; y /o regular las respuestas emocionales que dicha situación está provocando en las personas (34).

Los modelos de Moos y Hopson, citado por Niven N (35), se pueden aplicar de forma útil a las enfermedades. El enfoque de Moos es útil para distinguir las estrategias de afrontamiento enfocados a los problemas y las que están enfocados a

las emociones. De esta forma, se utilizan procedimientos enfocados a los problemas para buscar información, aprender nuevas habilidades y participar en programas de tratamiento. Obtener información va desde estar más familiarizado con diferentes formas de tratamiento hasta aprender más sobre las causas de la enfermedad. Es importante para los pacientes descubrir, con ayuda, sus propias maneras de afrontar las limitaciones impuestas por la enfermedad.

Las estrategias enfocadas en la emoción necesariamente tratan las demandas emocionales y consecuencias de la enfermedad. Moos ilustra la importancia de permitir al paciente tiempo para adaptarse a su condición, permitiendo al principio que la niegue, ayudar al paciente hacer más objetivo y ser menos abrumado es la estrategia de afrontamiento útil que al mismo tiempo permite la expresión de sentimientos. El modelo de Hopson es especialmente relevante para aquellos pacientes cuya reacción a la enfermedad produce fuerte sentimientos y emociones, cuando estas reacciones se perciben como anormales, se requiere intervención. La respuesta psicológica más común a la enfermedad es la depresión (35).

El afrontamiento es adaptativo si origina en las personas un funcionamiento físico, social y psicológico adecuado o desadaptativo, cuando los efectos que se suscitan son de modo negativo (33).

Según Livneh, citado por Oviedo A (33), los individuos utilizan tres tipos de estrategias de afrontamiento: comportamentales, afectivas y cognitivas; el primero hace referencia a procesos personales que si bien reciben influencia de lo social, es el individuo quien define su propia orientación para tratar sus dificultades en la vida diaria y con ella especifica el tipo de estrategia que utiliza al afrontar los acontecimientos críticos o estresantes. El segundo hace mención a los intentos que ejecuta el individuo para poder controlar las reacciones emocionales que la situación estresante origina, manifestándose con sentimientos, y la tercera estrategia son de dos tipos; aquellas que buscan aminorar las consecuencias y el impacto de la situación negando su gravedad o ignorándola y aquella que por el contrario se orientan en la situación y se ocupa de ella.

Las estrategias de afrontamiento en las personas diabéticas son:

- a. Valoración de la situación como amenaza, evalúa primordialmente el resultado perjudicial ante una situación estresante, la cual se manifiesta con reacciones negativas tales como el miedo a resultar seriamente dañado, miedo a perder la vida, ansiedad.
- b. Valoración de la situación como desafío, es cuando las personas consideran los acontecimientos de la situación como un reto, por ejemplo, cuando pienso en una situación problemática reflexiono sobre cuál es la mejor manera de resolver el problema.
- c. Afrontamiento cognitivo, hace mención a las actividades que la persona realiza para controlar el problema y que cognitivamente intenta eliminar o neutralizar la carga emocional, como son evitación, preocupación, negación, temor, sensación de malestar, depresión etc.
- d. Afrontamiento conductual, implica realizar estrategias para cambiar la situación estresante, buscando solución o enfocarse en la disposición afectiva de recibir soporte profesional e información para afrontar la situación problemática y reducir los efectos negativos.
- e. Afrontamiento pasivo – evitativo, se refiere cuando el sujeto no puede hacer nada para modificar la situación al respecto, seguido de conductas negativas, de rechazo; por lo contrario rehusar a creer que el estresor existe o demostrar un comportamiento inaceptable (15).

Según Bulechek, Butcher y Dochterman , citado por Suzanne C (36), identificaron la “mejoría del afrontamiento”, como una intervención de enfermería la cual se definió, como ayudar a los pacientes a adaptarse a los factores de estrés percibidos, a los cambios o las amenazas que interfieren con la satisfacción de las demandas vitales y los papeles del individuo.

El profesional sanitario aplica estrategias de promoción de la salud e intervenciones para el afrontamiento, para modificar los factores de riesgo y cambiar sus conductas de salud. En este sentido, se considera fundamental ayudar a los pacientes a afrontar y adaptarse a la enfermedad, ya que el estilo de afrontamiento se ha vinculado a resultados físicos y psicológicos en la salud del paciente (37).

La percepción de aceptación frente a la patología logra mejor afrontamiento y adaptación, por ende presenta una vida mejor; de otra forma la percepción negativa de la patología origina alteraciones en la salud mental de los pacientes, por lo que se deduce a mayor salud mental menor perturbación afectiva, la cual se manifiesta con menor ansiedad, depresión y sentimientos de irritabilidad (38).

Cada individuo afronta las situaciones estresantes de una manera distinta, por tal motivo se puede señalar que para brindar un cuidado holístico es esencial conocer el significado que otorgan los pacientes frente al evento que está viviendo, como perciben los efectos que presentaran durante su vida, cuales son los recursos y las estrategias que emplean para afrontar (33).

Así mismo de una manera reglada la Real Academia de la lengua Española define cuidado como “acción de cuidar”, y este último como “asistir, conservar” (29).

Desde la disciplina enfermera encontramos el término de cuidado que según Marie Fran Coise Collière, lo define como “Un acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de necesidades imprescindibles. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean y establecen conductas de vida propio de cada individuo”, se refiere a un acto personal dado por sí mismo y para uno mismo.

Dorothea Orem, menciona que el autocuidado es una función reguladora del ser humano, que los individuos voluntariamente, deben llevar a cabo por si solos para conservar la vida, salud, desarrollo y bienestar (25). A la vez menciona que desde el sistema de apoyo – educación, los individuos deberían aprender a ejecutar las medidas requeridas de autocuidado, con fin de desarrollar su “capacidad de autocuidado” que le permitirá su propio funcionamiento y desarrollo; sin embargo, para hacerlo requiere de ayuda (39).

Tobón O, en el 2015 (40), plantea que son las prácticas diarias y las decisiones que toma el individuo, grupo o familia para fomentar la salud; estas prácticas son habilidades, destrezas que se aprenden a través del periodo de vida, que se ejecutan por voluntad, cuya meta es fomentar la salud y la prevención de la enfermedad, las

cuales responden a la supervivencia y a los hábitos de una cultura en la que pertenecen.

Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M (27), señala que el autocuidado es una conducta aprendida por las personas, dirigida a un propósito, para regular los factores que perturban el funcionamiento y desarrollo humano.

Según Orem y Taylor, citado por Rodríguez I (41), menciona que el autocuidado son acciones que los individuos inician y realizan por uno mismo para conservar la vida, la salud y el bienestar; señala también que es una herramienta imprescindible en el plan terapéutico de diversas enfermedades, haciendo esencialmente hincapié en las enfermedades crónicas para evitar consecuencias que alteran la calidad de vida.

Correa O, citado por Tobón O (40), estableció principios de autocuidado:

- Es un acto de vida, que permiten a los seres humanos ser sujetos de sus propias acciones.
- Implica un compromiso individual.
- Posee un carácter social, porque le confiere un grado de conocimiento y obtención de un saber.
- Al ejecutar acciones de cuidado, con fines preventivos o protectores, el individuo la desarrolla con la seguridad de que mejorará su estado de salud.
- Para que se obtenga autocuidado es necesario cierto grado de desarrollo propio, la cual esta mediada por un fortalecimiento de auto concepto, autoestima, auto control y auto aceptación.

La diabetes mellitus tipo II, se caracteriza por hiperglucemia producida por un defecto en la secreción o acción en la insulina, manifestándose con poliuria, polidipsia, polifagia y bajo peso. Existen factores de riesgo como la obesidad, edad avanzada, antecedente familiar, mala alimentación, inactividad física que complican más la enfermedad (42).

Las complicaciones de la patología pueden ser microvasculares y macrovasculares, las primeras hacen mención a la lesión ocular (retinopatía) que terminan en la

ceguera, lesión renal (nefropatía) que finalizan en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios (neuropatía) como el pie diabético, que a veces obligan amputar como consecuencias de infecciones severas (42).

Las macrovasculares se refieren a problemas cardiovasculares, como los ataques cardiacos, accidentes cerebro vasculares, enfermedad arterial periférica (42).

La Asociación Americana de Diabetes, indica que es primordial la educación sanitaria y el cuidado clínico (41).

Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud, recomienda la educación como herramienta esencial que hace que el individuo sea protagonista de su tratamiento, permitiendo mayor adhesión al esquema terapéutico, y de este modo prevenir posibles complicaciones (43).

La educación en los diabéticos está centrada en ellos, incluyendo su ámbito familiar y su red social; debe ser estructurada y estar encaminada al cuidado, por tanto la educación debe ser a partir del diagnóstico de forma continua y a solicitud (44). Además requiere de un control en base a un régimen de cuidados, que favorezca el monitoreo y manejo de la patología, donde los pacientes deben participar de modo activo, por lo que es de suma importancia adquirir conocimientos, prácticas y motivación para que puedan desempeñar un cuidado óptimo. La Organización Mundial de la Salud señala que un 95% del tratamiento terapéutico recae directamente en el paciente (45) .

Villalobos M (46), menciona que la educación es la piedra angular en el tratamiento terapéutico y en la atención integral de los pacientes con diabetes, cuyo objetivo es proveer conocimientos e información de la patología, instruir y enseñar en la adquisición de habilidades y hábitos en su estilo de vida.

Con respecto al autocuidado del paciente diabético, el propósito del plan nutricional es enseñar a comer de manera saludable, racionada, variada y equilibrada; vigilar el peso y lograr un peso equilibrado que reduzca el nivel de riesgo, conservar una glucemia controlada, de igual forma la tensión arterial y los niveles de lípidos (47).

En la práctica clínica como guía general, el plan de alimentación debe aportar de 800 – 1500 calorías/día para hombres con un índice de masa corporal (IMC) menor a 37 y mujeres con IMC menor a 43; de 1500 – 1800 calorías/día para individuos con IMC superiores a estos valores (48).

La ingesta de proteínas debe ser entre 15% al 20% del valor calórico total (44), procedentes de origen vegetal como cereales integrales y menestras, debiéndose limitar el consumo de proteínas de origen animal por los riesgos potenciales de hipercolesterolemia (49).

La ingesta de carbohidratos debe encontrarse entre 45% al 55% de la ingesta calórica total (44), derivados de almidones compuestos por polisacáridos, que se encuentran en los granos enteros como la quinua, el trigo, leguminosas y vegetales. El consumo de monosacáridos y disacáridos, se recomienda que sea con moderación, de tal manera que la ingesta de frutas debe ser limitada, eligiendo con preferencia la papaya y la manzana, por su alto contenido de fructuosa y por la absorción limitada de hidratos de carbono. La ingesta regular, promoverá a un aumento de lipoproteína de alta densidad (HDL), reduciendo el riesgo a la insulina (49), se recomienda el uso de edulcorantes (47).

La ingesta de grasa debe ser entre el 20% al 35% del valor calórico normal (44) , son alimentos con mayor densidad calórica, las grasas saturadas aumentan el colesterol (cLDL) , y por ende hay mayor riesgo cardiovascular; se hallan frecuentemente en alimentos de origen animal como la carne de cerdo, res y productos lácteos; en segundo lugar están los monoinsaturados, disminuyen el colesterol y los triglicéridos y aumentan de manera leve el colesterol, encontrándose en el aceite de oliva (50). Y por último los poliinsaturados, considerar el consumo de alimentos con aporte de omega 3, pescados de preferencia de color oscuro como caballa, bonito, jurel, anchoveta, así como en fitoesteroides ( aceites vegetales, frutos secos y legumbres) (51).

Los ácidos grasos trans, son ácidos grasos mono o poliinsaturados, aumentan el cLDL y el riesgo cardiovascular a largo plazo, se hallan en las margarinas vegetales de mesa y cocina, por otro lado el consumo de comidas rápidas aumentan el consumo de grasas trans (50).

Es importante disminuir el consumo de sal, al menos de 4gr al día en pacientes diabéticos (48). Respecto a las bebidas alcohólicas, no debe excederse a 15gr/día en mujeres y 30 gr/día en hombres, un trago estándar posee 15gr de alcohol y equivale a 360 ml de cerveza, 150 ml de vino y 45 ml de destilados que pueden ser ron, pisco, whisky; el consumo de alcohol contienen un alto contenido calórico afectando el peso corporal del paciente (44).

The American Diabetes Association (ADA), en el 2017, estableció lineamientos de terapia clínica individualizada, donde indica que debe evitarse el consumo de bebidas azucaradas, favorecer la ingesta de hidratos de carbono a partir de frutas, verduras, granos enteros, leguminosas, productos lácteos, aporte de grasas monoinsaturadas, consumir pescados ricos en omega 3 y disminuir el sodio de 2300mg/día (52).

La actividad física es primordial en los cambios con respecto al modo de vida de los diabéticos; se ha reportado que beneficia el nivel de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina, evidenciándose en los valores bajos de hemoglobina glucosilada (53).

Según American College Sports Medicine y la American Diabetes Association, indica, que el ejercicio asume un papel esencial en la prevención y control de la resistencia a la insulina, por eso el ejercicio aeróbico como el acondicionamiento muscular mejoran el control de los niveles de glucemia, lípidos, riesgo vascular, presión arterial, mortalidad y calidad de vida; siempre y cuando se cumpla de modo periódico y continuo (54).

La OMS expone que los seres humanos deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales de ejercicio físico, de intensidad moderada. En los sujetos de 60 años a más, se debe tener en cuenta que la movilidad deber ser reducida, de tres o más días a la semana. Cuando las personas mayores no logran realizar ejercicio por su situación de salud, se mantendrán físicamente activos en medida que su salud lo permita (55).

Los beneficios es que mejora la sensibilidad a la insulina por 12 a 72 horas, disminución de la glicemia y de los valores de hemoglobina glicosilada, ayuda el

control del peso, la función cardiovascular, mejora el perfil lipídico, mejora la sensación de bienestar y el control metabólico a largo plazo (56).

Con respecto a las recomendaciones de los pies, hay que mencionar que las lesiones es una de las mayores causas de morbilidad y discapacidad en los diabéticos, suscitando en la mayoría de veces en amputación de los miembros inferiores por la progresión de las heridas (57).

Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular señala que el pie diabético es “una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática, provocada por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, causa lesión y/o ulceración del pie” (58).

La complicación afecta negativamente en la calidad de vida del diabético, esto se debe a los ingresos hospitalarios con estadía prolongada y recurrente, originando un coste social y económico elevado (57).

Las ulceraciones en los pies son producidas por hábitos no adecuados, como el uso de zapatos ajustados, caminar descalzo, presencia de callos y rajaduras en los pies, corte inadecuado de las uñas. La progresión del pie diabético predomina no solo con las pérdidas físicas sino que se ve involucrado el aspecto emocional, afectando directamente en la autoestima del paciente (59).

Según Center for Control and Prevention, recomienda visitar al podólogo al menos una vez al año, revisar los pies todos los días en busca de callos, cortes, llagas, ampollas, puntos rojos e hinchazón; lavarse los pies diario utilizando agua tibia, secarse los pies sobre todo entre los interdigitales, utilizar una fina capa de loción humectante, no caminar descalzo, cortarse las uñas de forma recta y evitar cruzar las piernas por periodo de tiempo prolongado (60).

#### **1.4. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación que existe entre el afrontamiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2019?

## 1.5. Justificación e Importancia

Actualmente, la diabetes mellitus es un problema de salud pública, y una de las mayores emergencias de salud mundial del siglo XXI; por la severidad de sus complicaciones como la neuropatía, retinopatía, nefropatía, cardiopatías que alteran significativamente la salud de los pacientes diabéticos y el riesgo de morir prematuramente. El padecimiento de esta enfermedad crónica, conlleva a una serie de cambios, tanto a nivel individual, familiar y social.

Este estudio se realizó con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes diabéticos del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, a través de la educación que es el pilar imprescindible en el tratamiento, abordando la enfermedad desde una perspectiva global que permita favorecer la adaptación a los cambios producidos por este y promover la continuidad del cuidado. Así mismo desarrollar conocimientos, estrategias de afrontamiento, prácticas en su cuidado para lograr un estado de conciencia y una cultura de prevención.

La investigación presenta un valor teórico en base a la Teoría de Dorothea Orem, y los resultados contribuyen como antecedentes para futuras investigaciones, porque servirá de instrumento en programas preventivos promocionales y en estrategias que ayuden a mejorar su afrontamiento y autocuidado en los pacientes diabéticos; y esto se realizara con el apoyo del equipo multidisciplinario principalmente del profesional de enfermería que participan de manera eficaz en la prevención primaria, con el fin de contrarrestar los factores de riesgo modificables.

## 1.6. Hipótesis

**H<sub>i</sub>:** Si existe relación entre el afrontamiento y el autocuidado en los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre el afrontamiento y el autocuidado en los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 219.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre el afrontamiento y el autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019

### **1.7.2. Objetivo Específicos**

- Caracterizar de acuerdo a las variables sociodemográficas a los adultos diabéticos del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019
- Identificar el nivel de afrontamiento según dimensiones que presentan los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019
- Identificar el nivel de autocuidado según dimensiones que presentan los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019

## **II. MÉTODOS**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

El tipo de investigación es cuantitativa. Según Hernández R (61), menciona que es cuantitativo porque se utiliza la recolección de datos para comprobar la hipótesis del estudio, con base en el análisis numérico y estadístico. Lo que significa que en este estudio se midió las variables afrontamiento y autocuidado con el propósito de cuantificar y poder comprender la relación entre las variables de estudio en los pacientes diabéticos, fundamentándose en la aplicación de los instrumentos que permitirá dar a conocer la realidad observada.

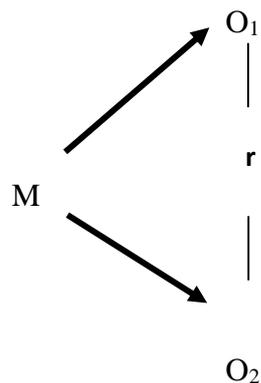
El diseño es de tipo no experimental. Según Hernández R (61), indica que en el diseño no experimental no se manipula la variable independiente para variar efecto en la dependiente, debido a que se observa la problemática ya existente en su contexto para luego ser analizada. Es decir que las variables de estudio

afrontamiento y autocuidado no fueron manipuladas, se observaron en su contexto natural durante la investigación.

Además, es correlacional. Hernández R (61), menciona que el objetivo es saber la relación que existe entre las variables de la investigación; esto significa que ha permitido evaluar el grado de asociación entre el afrontamiento y el autocuidado, de la misma manera se pretende dar respuesta a las hipótesis planteada.

Es de corte transversal, porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (61), es decir que el fin es detallar las variables de estudio y analizar su comportamiento en un momento específico.

#### Esquema



#### Donde:

**M** = Pacientes con Diabetes Mellitus

**O<sub>1</sub>** = Afrontamiento

**O<sub>2</sub>** = Autocuidado

**r** = Relación entre las variables

## **2.2. Población y Muestra**

### **2.2.1. Población**

Hernández R (61), indica que una población es el conjunto de individuos, que concuerdan con una serie de especificaciones.

La población para el presente estudio fue de 53 pacientes diabéticos que pertenecen a la estrategia de prevención y control de daños no transmisibles.

### **2.2.2. Muestra**

Hernández R (61), menciona que es un subgrupo que corresponde a la población del cual se recolectan los datos más importantes.

En el estudio se trabajará con toda la población censal por ser pequeña y representativa; sin embargo, la muestra considerada fue de 48 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo II.
- Pacientes que estuvieron suscritos en el registro de seguimiento, prevención y control de daños no transmisibles del Centro de Salud José Leonardo Ortiz.
- Adultos maduros entre las edades de 30 a 59 años.
- Adultos mayores de 60 años a más.
- Pacientes que acepten participar de manera voluntaria de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que estén imposibilitados de manera física o psicológica para poder responder a las preguntas planteadas.
- Pacientes que no desean voluntariamente participar.

## **2.3. Variables, Operacionalización**

### **2.3.1. Variables**

**Variable Independiente:** Afrontamiento

#### **Definición conceptual**

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las situaciones específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (30).

**Variable Dependiente:** Autocuidado

#### **Definición conceptual**

Son acciones que las personas inician y realizan por uno mismo para conservar la salud, la vida y el bienestar (41).

### **2.3.2. Operacionalización**

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
<b>Variable Independiente:</b>  <b>Afrontamiento</b>	<b>Valoración de la situación como amenaza</b>	1. Que tiene mucha importancia en mi vida 2. Como otra más de la vida 3. Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar o resolver 4. Sin consecuencias negativas para mi 5. Sin una especial importancia	Encuesta
	<b>Valoración de la situación como desafío</b>	6. Que supone un desafío para mi 7. En la debo esforzarme para conseguir un resultado positivo 8. Reflexiono sobre cuál es la mejor manera de resolver el problema. 9. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan 10. En la que debo planear acciones para solucionar el problema	

	<p><b>Afrontamiento cognitivo</b></p>	<p>11. Trato de ver algún aspecto positivo de la situación  12. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y realizar cosas que me ayuden  13. Intento eliminar mis pensamientos negativos  14. Intento mejorar mi estado de animo  15. Pienso que en otras situaciones salí adelante y eso e tranquiliza</p>	<p>Encuesta</p>
<p><b>Afrontamiento conductual</b></p>	<p>16. Busco ayuda profesional  17. Trato de conocer la situación y prepararme para ella  18. Me apoyo en mi familia para sobrellevar el problema  19. Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión  20. Hago cosas que me ayuden a relajarme</p>		
<p><b>Afrontamiento pasivo - evitativo</b></p>	<p>21. No hago nada especial e intento pasar desapercibido  22. Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones  23. Intento huir y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella  24. Me niego a creer en lo que ha ocurrido.</p>		

<b>Variable Dependiente Autocuidado</b>	<b>Régimen Alimentario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consume alimentos bajo en grasa, sal, azúcar</li> <li>2. En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, lácteos, diariamente</li> <li>3. Consume pescado o carnes blancas como pollo, pavo</li> <li>4. Consume de 4 a 8 vasos de agua a diario</li> <li>5. Consume carnes rojas en su alimentación</li> <li>6. Consume alimentos procesados con alto contenido de grasa y sal, como la comida chatarra</li> <li>7. Evita usted el consumo de azúcar y productos azucarados como gaseosas, golosinas, galletas dulces</li> </ol>	Encuesta
	<b>Actividad física</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Practica ejercicios como: correr, montar bicicleta, caminatas, asistir a gimnasio u otros</li> <li>9. Practica como mínimo 30 minutos de ejercicio al día</li> </ol>	
	<b>Hábitos Nocivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Consume bebidas alcohólicas</li> <li>11. Fuma cigarrillo o tabaco</li> </ol>	

	<p><b>Control de la Salud</b></p>	<p>12. Cumple las indicaciones médicas  13. Se controla la glucosa regularmente  14. Toma los medicamentos según las indicaciones del médico  15. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar  16. Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal  17. Busca informarse sobre las complicaciones derivadas de su enfermedad</p>	<p>Encuesta</p>
	<p><b>Cuidados Personales</b></p>	<p>18. Realiza el cuidado de sus pies a diario  19. Realiza el secado de los pies teniendo especial cuidado en los espacios interdigitales (entre los dedos)  20. Inspecciona diariamente sus pies en busca de heridas o lesiones  21. Se recorta las uñas en forma recta  22. Utiliza cremas humectantes para sus pies  23. Utiliza usted zapatos ajustados  24. Considera importante el cuidado de los pies.</p>	

#### **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica que se empleó para la recolección de información fue por medio de una encuesta dirigida a los pacientes diabéticos, utilizando dos instrumentos de las variables de estudio.

El primer cuestionario sobre el Afrontamiento (Anexo N°3), fue creado por Cano Vindel y Miguel Tobal, busca evaluar el afrontamiento que emplean las personas ante situaciones estresantes. Sin embargo, para este estudio fue adaptado por Santamaria Juarez Violetita Aracely. Este instrumento está constituido por 24 ítems, separados en cinco dimensiones, las cuales están distribuidos de la siguiente forma: la dimensión: valoración de la situación como amenazante con los ítems 1-5; valoración de la situación como desafío 6-10, afrontamiento cognitivo con los ítems 11-15; afrontamiento conductual con los ítems 16-20 y afrontamiento pasivo – evitativo con los ítems 21-24.

Se utilizó la escala de Likert, con una puntuación de casi nunca = 0, pocas veces =1, unas veces sí y otras veces no = 2 y casi siempre= 3, de las cuales presenta la siguiente calificación; de 49 a 72 puntos es un afrontamiento favorable, de 25 a 48 puntos es medianamente favorable, de 0 a 24 puntos es desfavorable.

El segundo cuestionario sobre el Autocuidado (Anexo N° 4), desarrollado por el autor Israel E. Millán Méndez, en Cuba. En el Perú el instrumento ha sido utilizado en la investigación de Inga N. en el 2017 (62). Para la presente investigación fue adaptado por Santamaria Juarez Violetita Aracely, este instrumento está constituido por 24 ítems, separados en cinco dimensiones, las cuales están distribuidos de la siguiente forma: la dimensión: Régimen Alimenticio consta desde el ítems 1-7; actividad física 8-9; hábitos nocivos 10-11; control de la salud 12-17 y finalmente la dimensión cuidado personales 17-24.

Se utilizó la escala de Likert, con una puntuación de nunca = 0, a veces = 1, siempre = 2, de las cuales presenta la siguiente calificación; de 34 a 48 puntos presentan autocuidado adecuado, de 17 a 33 puntos parciamente adecuado, de 0 a 16 puntos inadecuado.

La validación de los instrumentos se efectuó por medio del juicio de expertos, que estuvieron constituidas por tres enfermeras con amplia experiencia en el tema: Dra. Luz Antonia Barreto Espinoza, con 30 años de experiencia profesional, grado académico Doctora en Educación, especialista en Unidad de Cuidados Intensivos y Docencia en Enfermería. Mg. Julia Gladys Espinoza Deza, con 26 años de experiencia profesional, Magister en Servicios de Salud, especialista en Salud Comunitaria. Y la Mg. Dalia Reyes Flores, con 21 años de experiencia profesional, Magister en Enfermería.

La confiabilidad de los instrumentos se ejecutó por medio de una prueba piloto a pacientes diabéticos; de acuerdo con el resultado estadístico para el primer cuestionario sobre afrontamiento se obtuvo un Alfa de Cronbach confiable de  $\alpha = 0,922$  y el segundo instrumento cuestionario sobre autocuidado con un Alfa de Cronbach confiable de  $\alpha = 0,902$ .

## **2.5. Procedimiento de análisis de datos**

Aprobado el proyecto de investigación por la Escuela Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, se solicitó autorización al director del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, la cual se presentó una solicitud que fue entregada por la facultad de Enfermería. El permiso fue otorgado por la autoridad del Centro de Salud y se coordinó con la Lic. Perla Vásquez Paredes encargada de la estrategia, los horarios y fechas programadas para la recogida de información.

Se procedió a firmar el consentimiento informado (Anexo N°1), previa explicación a los sujetos de estudio identificados que cumplen con los criterios de inclusión; posteriormente se recolecto los datos mediante la aplicación de los instrumentos; una vez recolectada la información, fueron ingresados a una base de datos.

Para el análisis, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 y los resultados para una mejor interpretación, fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos.

## **2.6. Criterios éticos**

Se consideró tres criterios éticos planteados en el Informe de Belmont (63) :

### **Respeto a las personas**

Comprende dos requisitos éticos, el primero es que todas las personas deben ser reconocidos como sujetos autónomos, y en segundo lugar es que todo individuo cuya autonomía este disminuida debe ser protegida (63).

Lo que significa que este principio se aplicó a los pacientes diabéticos quienes de manera voluntaria y con la información clara, precisa deseen participar de este estudio de investigación y firmando el consentimiento informado. Así mismo la autora se comprometió a resguardar la confidencialidad de los diferentes datos de los pacientes.

### **Beneficencia**

Los individuos son tratados éticamente respetando sus decisiones, protegiéndolos del daño, así mismo asegurando su bienestar (63).

En este estudio se aplicó este principio desde el simple hecho de no revelar sus nombres, respetando la confidencialidad, es decir respetando y considerando en forma absoluta a los pacientes diabéticos como una unidad integra y única, de la misma manera contribuir a su bienestar en las diferentes dimensiones y evitar daños a los participantes de la investigación.

### **Justicia,**

Corresponde a la equidad en la distribución del beneficio y de la carga de la investigación (63), lo que significa que todos los pacientes diabéticos deben tener un trato justo, es decir que no tengan ningún tipo de discriminación.

## **2.7. Criterios de rigor científico**

Permite evaluar la aplicación precisa y científica de los métodos de investigación, técnicas de análisis para la obtención y el proceso de los datos; por ello se puso en práctica el rigor científico que fue dado por los siguientes criterios (64):

## **Validez**

Corresponde a la interpretación correcta de los resultados y se considera un pilar esencial de la investigación; por tanto, existe validez cuando hay un cuidado absoluto del proceso metodológico, en definitiva, el estudio se hace creíble. (64). Este criterio de rigor científico se ha aplicado por la seguridad de la investigación al ser validados por juicios de expertos en la materia.

## **Confiabilidad**

Se refiere al grado de consistencia o estabilidad de un instrumento de medida (63).

La confiabilidad se ejecutó mediante una prueba piloto realizado a pacientes diabéticos; de acuerdo con el resultado estadístico para el primer cuestionario sobre afrontamiento se alcanzó un Alfa de Cronbach confiable de  $\alpha = 0,922$  y el segundo instrumento cuestionario sobre autocuidado se logró un Alfa de Cronbach confiable de  $\alpha = 0,902$ , el cual demuestra su confiabilidad por ser mayor a 0,7.

## **Credibilidad**

Hace referencia a la aproximación que los resultados deben obtener en relación con el fenómeno observado, de esta manera la autora evita hacer conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Además los hallazgos son reconocidos como “verdaderos” o “reales” por los individuos que participaron en la investigación (64).

Este criterio de rigor científico se ha aplicado en este estudio basándose en la veracidad de la recolección de datos, es decir sin manipular ninguna respuesta a favor de la investigación.

### III. RESULTADOS

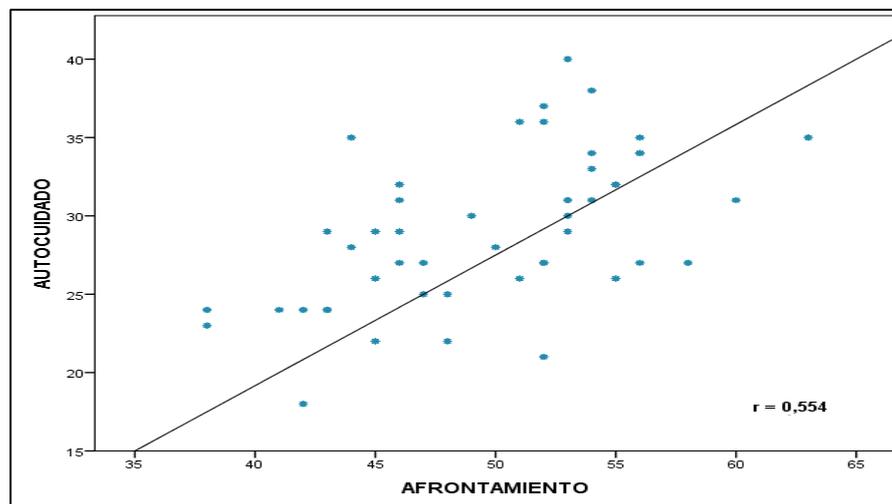
#### 3.1. Resultados en Tablas y Figuras

**Tabla 1:** Coeficiente de correlación “r” de Pearson para evaluar la relación entre el afrontamiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019.

		AFRONTAMIENTO	AUTOCUIDADO
AFRONTAMIENTO	Correlación de Pearson	1	,554**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	48	48
AUTOCUIDADO	Correlación de Pearson	,554**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Gráfica de dispersión para evaluar la relación entre el afrontamiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019.



Fuente: Tabla N° 1

#### Interpretación:

Al evaluar la correlación entre el afrontamiento y el autocuidado, se evidenció un coeficiente  $r = 0.554$ , calificando a las variables con una correlación positiva

moderada. Por lo que se afirma estadísticamente que el afrontamiento interviene directamente sobre la variable respuesta.

**Tabla 2:** Características sociodemográficas de los Adultos Diabéticos del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019.

	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Fi</b>	<b>hi%</b>
<b>Edad</b>	41 – 48	3	6
	49 – 56	13	27
	57 – 64	19	40
	65 – 72	9	19
	73 – 81	4	8
<b>Sexo</b>	Masculino	20	42
	Femenino	28	58
<b>Estado Civil</b>	Soltero	4	8
	Casado	30	63
	Conviviente	11	23
	Viudo	3	6
<b>Nivel educativo</b>	Analfabeto	3	6
	Primaria	9	19
	Secundaria	19	40
	Superior técnico	13	27
	Superior universitario	4	8
<b>Familiares con enfermedad crónica</b>	Si	36	75
	No	12	25
<b>Tiempo con la enfermedad (años)</b>	1 - 4	14	29
	5 - 8	12	25
	9 - 12	14	29
	13 - 16	5	10
	17 - 20	3	6
<b>Tipo de tratamiento</b>	Hipoglucemiantes orales	47	98
	Insulina	1	2

Fuente: *Elaboración propia.*

### **Interpretación:**

Al evaluar las características sociodemográficas de los adultos diabéticos, se halló que un 40% de ellos tienen una edad entre los 57 a 64 años, un 27% tienen una edad de 49 a 56 años, un 19% de 65 a 72 años, un 8% de ellos cuentan con una edad de 73 a 81 años, y el 6% de 41 a 48 años. En relación al sexo, un 58% de los adultos fueron de sexo femenino y un 42% masculino.

En relación a su estado civil, el 63% de los adultos son casados, el 23% convivientes, el 8% solteros, y un 6% de ellos son viudos.

Al estudiar su nivel educativo, el 40% sólo tienen estudios secundarios, el 27% cuentan con estudios superiores técnicos, un 19% tienen estudios primarios, el 8% de ellos tienen estudios universitarios, y un 6% de ellos son analfabetos. Cabe resaltar que el 75% cuentan con familiares con enfermedades crónicas, entre ellas las más resaltantes son la Diabetes e Hipertensión Arterial; por otro lado, el 25% no cuentan con este tipo de familiares.

Cuando se les investigó acerca del tiempo que tienen con la enfermedad, el 29% de ellos tienen de 1 a 4 años o de 9 a 12 años, mientras que un 25% de ellos tienen de 5 a 8 años, y sólo el 6% de ellos tienen enfermos de 17 a 20 años.

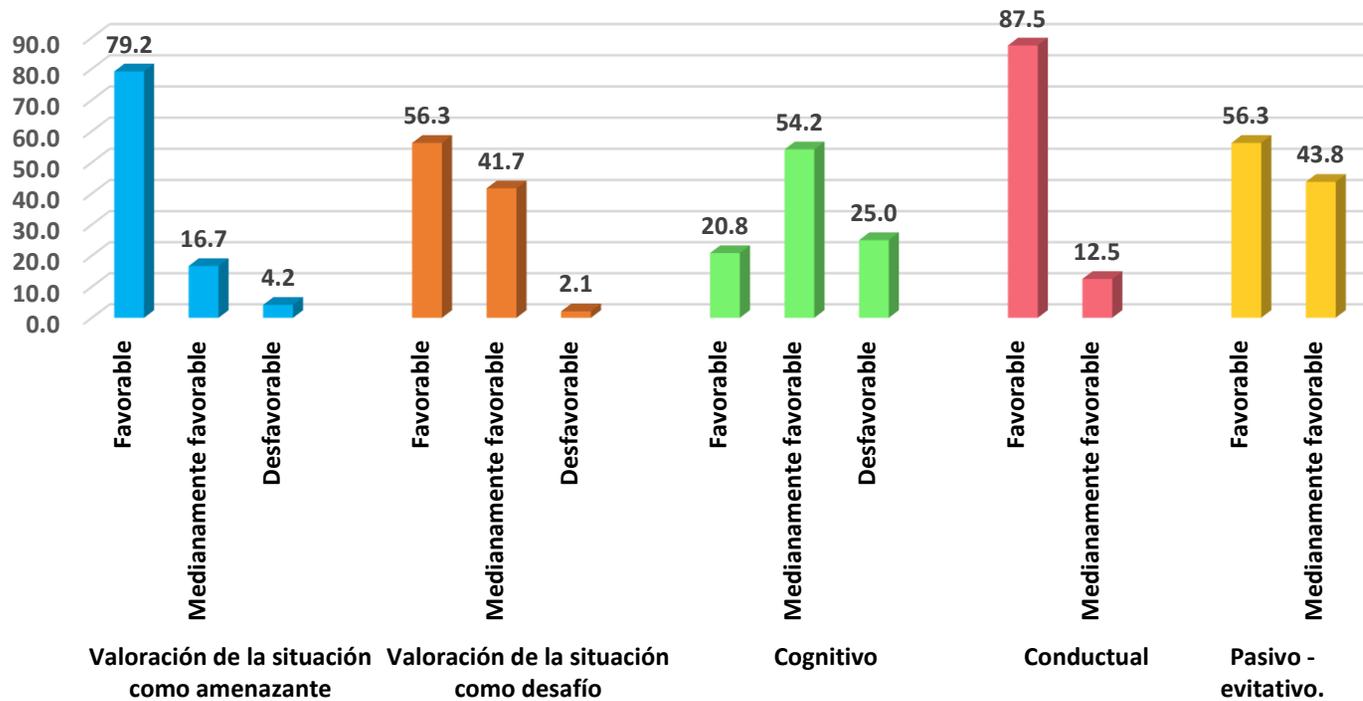
Se encontró que el 98% reciben un tratamiento de hipoglucemiantes orales, mientras que el 2% de ellos manifestó que su tratamiento es en base a insulina.

**Tabla 3:** Nivel de afrontamiento que presentan los adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz – Chiclayo 2019

<b>Afrontamiento</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Valoración de la Situación como Amenaza</b>	Favorable	38	79.2
	Medianamente favorable	8	16.7
	Desfavorable	2	4.2
<b>Valoración de la situación como desafío</b>	Favorable	27	56.3
	Medianamente favorable	20	41.7
	Desfavorable	1	2.1
<b>Afrontamiento Cognitivo</b>	Favorable	10	20.8
	Medianamente favorable	26	54.2
	Desfavorable	12	25.0
<b>Afrontamiento Conductual</b>	Favorable	42	87.5
	Medianamente favorable	6	12.5
<b>Afrontamiento Pasivo - evitativo</b>	Favorable	27	56.3
	Medianamente favorable	21	43.8

Fuente: *Elaboración propia.*

**Gráfico N° 3:**  
**Nivel de Afrontamiento según dimensiones, que presentan los Adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019**



Fuente: *Tabla N° 3*

**Interpretación:**

Al evaluar el nivel de afrontamiento, por dimensiones, se encontró en la dimensión valoración de la situación como amenaza, el 79.2% de ellos presentaron un nivel de afrontamiento favorable, el 16.7% un nivel medianamente favorable, sin embargo, el 8% tuvo un afrontamiento desfavorable.

En la dimensión valoración de la situación como desafío se evidenció que un 56.3% presentó un afrontamiento parcialmente adecuado, mientras que el 41.7% tuvo un afrontamiento medianamente favorable y sólo el 2.1% un afrontamiento desfavorable; sin embargo en la dimensión afrontamiento cognitivo el 54.2 % predominó el afrontamiento medianamente favorable, el 25% tuvo un afrontamiento desfavorable y sólo el 20.8% un afrontamiento favorable.

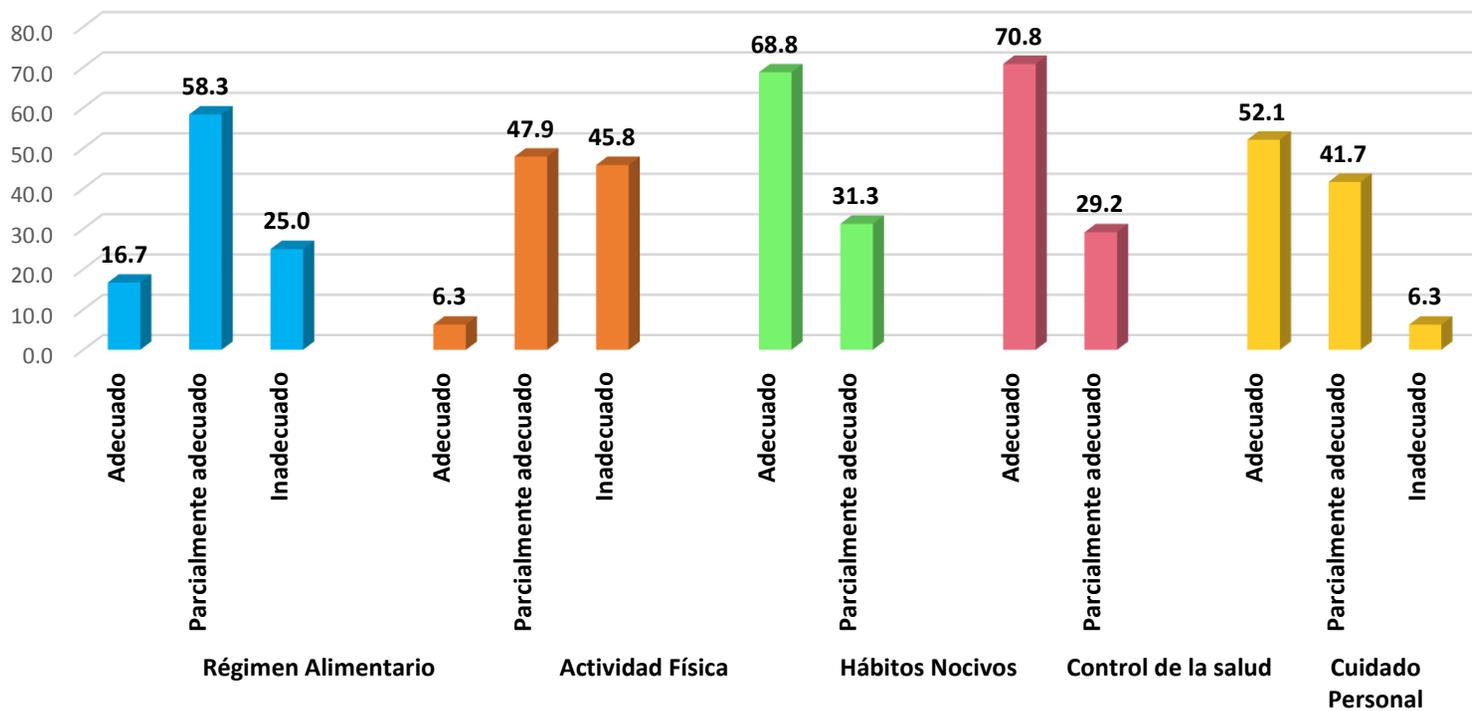
Por otro lado, en la dimensión afrontamiento conductual, el 87.5% mostraron afrontamiento favorable y el 12.5% afrontamiento desfavorable. Respecto al afrontamiento pasivo - evitativo prevaleció con el 56.3% un afrontamiento favorable y sólo el 43.8% afrontamiento medianamente favorable.

**Tabla 4:** Nivel de Autocuidado según dimensiones que presentan los adultos con diabetes mellitus

<b>Autocuidado</b>		<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Régimen Alimentario</b>	Adecuado	8	16.7
	Parcialmente adecuado	28	58.3
	Inadecuado	12	25.0
<b>Actividad Física</b>	Adecuado	3	6.3
	Parcialmente adecuado	23	47.9
	Inadecuado	22	45.8
<b>Hábitos Nocivos</b>	Adecuado	33	68.8
	Parcialmente adecuado	15	31.3
<b>Control de la salud</b>	Adecuado	34	70.8
	Parcialmente adecuado	14	29.2
<b>Cuidado Personal</b>	Adecuado	25	52.1
	Parcialmente adecuado	20	41.7
	Inadecuado	3	6.3

Fuente: *Elaboración propia.*

**Gráfico N° 4:**  
**Nivel de autocuidado según dimensiones que presentan los Adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019**



### **Interpretación:**

Al evaluar el nivel de autocuidado por dimensiones; se encontró que en la dimensión régimen alimentario, el 58.3% presentó un autocuidado parcialmente adecuado, sin embargo, el 25.0% un autocuidado inadecuado y sólo un 16.7% un adecuado autocuidado.

En la actividad física se encontró que un 47.9% obtuvieron un autocuidado parcialmente adecuado, mientras que un 45.8% tuvo un autocuidado inadecuado y un 6.3% un autocuidado adecuado; sin embargo, en la dimensión hábitos nocivos se evidenció que el 68.8 % de los pacientes encuestados predominó un adecuado autocuidado y sólo el 31.2% obtuvieron un autocuidado parcialmente adecuado. En la dimensión control de la salud un 70.8% alcanzó un autocuidado adecuado y solo el 29.2% un autocuidado parcialmente adecuado. Respecto al cuidado personal el 52.1% presentó un autocuidado adecuado, un 41.7% mostró un autocuidado parcialmente adecuado y un 6.3% un autocuidado inadecuado.

### **3.2. Discusión de resultados**

Frente al objetivo general siendo este determinar la relación entre el afrontamiento y el autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019, con lo que respecta al análisis correlacional, se encontró significancia entre las variables principales a un valor de coeficiente  $r = 0.554$ , calificando a las variables con una correlación positiva moderada. Lo cual deriva que niveles moderados de afrontamiento predisponen a los diabéticos por lo que se afirma estadísticamente que el afrontamiento interviene directamente sobre la variable respuesta; demostrándose la hipótesis H1 planteada por el estudio “Existe relación entre los niveles de afrontamiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019”.

Estos resultados se corroboran, con lo que dice Fernandini J, et al. (18), en su estudio, encontró que según la prueba estadístico Chi - cuadrado tiene un valor de 28.854 con un p-valor de significancia de 0.000 ( $p < 0.05$ ), por tal razón existe una relación altamente significativa entre las variables. A diferencia de Rodríguez Y

(15), quien en la conclusión de su investigación manifiesta que no existe estadísticamente relación significativa entre las variables de estudio.

En ese sentido y dado los resultados del valor estadístico mayor al valor crítico, se concluye que se debe rechazar la independencia y por tanto asumir que existe relación entre las dos variables (una depende de la otra).

Por consiguiente los adultos al presentar un afrontamiento adecuado van a poder manejar situaciones estresantes causadas por la enfermedad, lo que permitirá adaptarse y conservar un bienestar óptimo; por tal razón el rol fundamental del profesional de enfermería es abordar el cuidado desde una perspectiva global, que favorezca a mejorar intervenciones de autocuidado en beneficio a la salud del paciente, cambios de comportamiento y así evitar las causas que induzcan a complicaciones de corto y largo plazo.

Tal como señala Contreras A, et al. (3), menciona que la educación, es fundamental para promover el autocuidado, que contribuirá al fortalecimiento de la capacidad de los individuos para afrontar las dificultades o limitaciones que produce el padecimiento y por ende la adopción de un modo de vida saludable a través del autocuidado. Por consiguiente, bajo lo referido anteriormente, se deduce que existe relación significativa entre el afrontamiento y el autocuidado en los adultos diabéticos.

Al evaluar las características sociodemográficas, se encontró que el 40% tienen una edad entre los 57 a 64 años, un 27% tienen una edad de 49 a 56 años, un 19% de 65 a 72 años, un 8% de ellos cuentan con una edad de 73 a 81 años, y el 6% de 41 a 48 años. En relación al sexo, un 58% de los adultos fueron de sexo femenino y un 42% masculino. En relación a su estado civil, el 63% de los adultos son casados, el 23% convivientes, el 8% solteros, y un 6% de ellos son viudos. Al estudiar su nivel educativo, el 40% de los adultos con diabetes sólo tienen estudios secundarios, el 27% cuentan con estudios superiores técnicos, un 19% tienen estudios primarios, el 8% de ellos tienen estudios universitarios, y un 6% de ellos son analfabetos. Cabe

resaltar que el 75% cuentan con familiares con enfermedades crónicas. Cuando se les investigó acerca del tiempo que tienen con la enfermedad, el 29% de ellos tienen de 1 a 4 años o de 9 a 12 años, mientras que un 25% de ellos tienen de 5 a 8 años con la Diabetes, y sólo el 6% de ellos tienen enfermos de 17 a 20 años. Se encontró que el 98% de los pacientes reciben un tratamiento de hipoglucemiantes orales, mientras que el 2% de ellos manifestó que su tratamiento es en base a insulina

Similares resultados se encontró en el estudio De la Cruz E (17), en el cual se evidencio que el 36.4% de los pacientes tienen edades de más de 50 años, con mayor predominio en el sexo masculino. Así mismo Contreras A(3), identifico que la edad de las personas diabéticas osciló entre 45 a 75 años, mientras que Ocampo EJ, et al. (13), encontró un rango de edad entre los 40-59 años.

Al respecto, frente a los resultados obtenidos permite comprender cómo esta patología crónica inicia en mayor porcentaje en personas relativamente mayores de 50 años. Por tal razón la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (9), en el 2019 en la S.E N°44 registró que el mayor porcentaje de casos se presentaron en individuos de 50 años a más, del sexo femenino.

Como se puede observar la caracterización de los adultos con diabetes es variada, pues, así como se evidencian datos similares, también se encontró estudios que nos afirman datos opuesto, lo cual no permite generalizar resultados.

Al evaluar el nivel de afrontamiento en los pacientes diabéticos, por dimensiones, se encontró en la dimensión valoración de la situación como amenaza, el 79.2% de ellos presentaron un nivel de afrontamiento favorable, el 16.7% un nivel medianamente favorable, sin embargo, el 8% tuvo un afrontamiento desfavorable. En la dimensión valoración de la situación como desafío se evidenció que un 56.3% presentó un afrontamiento parcialmente adecuado, mientras que el 41.7% tuvo un afrontamiento medianamente favorable y sólo el 2.1% presentaron un afrontamiento desfavorable; sin embargo, en la dimensión afrontamiento cognitivo el 54.2 % de los individuos predominó el afrontamiento medianamente favorable, el 25% tuvo

un afrontamiento desfavorable y sólo el 20.8% un afrontamiento favorable. En la dimensión afrontamiento conductual, el 87.5% mostraron afrontamiento favorable y el 12.5% afrontamiento desfavorable. Respecto al afrontamiento pasivo - evitativo prevaleció con el 56.3% un afrontamiento favorable y sólo el 43.8% afrontamiento medianamente favorable.

Estos resultados son similares a Ocampo EJ, et al. (13), en su estudio encontró que los participantes tienen un manejo adecuado en cuanto a la resolución de problemas, apoyo social, reestructuración cognitiva y expresión emocional; así como un inadecuado manejo en cuanto a la evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

Fernandini J, et al. (18), en su trabajo de investigación encontró que las estrategias de afrontamiento en los personas diabéticas fue alta en un 64.6%, medio en el 35.4% y bajo en un 0%. Sin embargo Rodríguez Y (15), señala que un 53,3% muestran estrategias de afrontamiento medianamente favorables, un 43,5% estrategias favorables y en un 3,2% estrategias desfavorables. De la misma manera Muñoz D (16), encontró que el 53% aplican las estrategias de afrontamiento y en el 47% no aplican.

Sin embargo, frente a los resultados logrados, se concluye que gran parte de los adultos son conscientes de su enfermedad, esto favorece a que presenten un afrontamiento favorable, lo que permitirá tener un mayor compromiso y responsabilidad frente a su salud por la severidad de la enfermedad que padecen, tratando de solucionar el problema e inicien un adecuado autocuidado.

En este sentido Hernández R, et al. (38), hace referencia que la percepción de aceptación del padecimiento en personas diabéticas logra mejor afrontamiento y adaptación, entendiéndose que ésta puede controlarse. El resultado es que hay mejor calidad de vida. Por el contrario, la percepción negativa origina lesiones en la salud mental en los pacientes, por lo que a mayor salud mental menor perturbación afectiva, manifestada por menor ansiedad, depresión y sentimientos de irritabilidad.

Y, por último, al evaluar el nivel de Autocuidado; se encontró que en la dimensión régimen alimentario, el 58.3% presentó un autocuidado parcialmente adecuado, sin embargo, el 25.0% un autocuidado inadecuado y sólo el 16.7% presento autocuidado adecuado. En la dimensión actividad física el 47.9% obtuvieron un autocuidado parcialmente adecuado, mientras que el 45.8% tuvo un autocuidado inadecuado y un 6.3% autocuidado adecuado; sin embargo, en la dimensión hábitos nocivos se evidenció que el 68.8 % de los pacientes encuestados predominó un adecuado autocuidado y sólo el 31.2% obtuvieron un autocuidado parcialmente adecuado. En el control de la salud el 70.8% alcanzó un autocuidado adecuado y solo el 29.2% un autocuidado parcialmente adecuado. Respecto al cuidado personal el 52.1% presentó un autocuidado adecuado, un 41.7% presentó autocuidado parcialmente adecuado y el 6.3% un autocuidado inadecuado.

Los resultados obtenidos se corroboran con lo que dice Cadenillas R, et al. (20), en el cual se evidenció que de acuerdo al régimen dietético un 42.5% cumplen con adecuadas prácticas de autocuidado, mientras que el 57.5% tienen buenas prácticas; en cuanto a la actividad y reposo se obtuvo un 40% de pacientes con buenas prácticas, por otra parte el 60% mostraron adecuadas prácticas; en relación con higiene y cuidado de la piel, boca y pies el 12.5% mostraron adecuadas prácticas y el 85.5 % estimaron buenas prácticas de autocuidado; así mismo se observó que en el tratamiento y medidas diagnosticas para el control de diabetes un 40 % realizaron buenas prácticas y el 60% tienen adecuadas prácticas.

También Flores D, et al. (14), encontró que el 80,0% presentan una buena capacidad de autocuidado. Fernandini J, et al. (18), encontraron que el 61.0% presentan un alto autocuidado, medio en el 38.1% y bajo en un 0.9%.

A diferencia de los estudios ejecutados por Soler Y, et al. (12) , en el cual se obtuvo que el 91 % presenta ausencia de autocuidado, finalmente Suarez Z (19), dentro de los resultados que se encontraron fueron: que de un total 100% de pacientes, 60% cumplen con medidas de autocuidado inadecuadas, y un 40% cumplen medidas de

autocuidado adecuadas, concluyendo que las medidas de autocuidado que cumplen los pacientes son inadecuadas para la prevención de diabetes.

Al respecto frente a los resultados, en la dimensión actividad física el 45.8% tienen autocuidado inadecuado, hecho preocupante que casi la mitad de los encuestados no realizan ejercicio, factor predisponente porque existe mayor posibilidad de presentar aumento de peso y mayor riesgo a padecer problemas cardiovasculares. Siendo este uno de los factores atribuibles a la responsabilidad del paciente en su cuidado.

El autocuidado es fundamental el tratamiento de la enfermedad; al mantener los adultos patrones saludables de autocuidado en las diferentes dimensiones favorece a mantener niveles bajos de glucemia que les permitirá gozar vida saludable. Los pacientes con un cuidado mal controlado presentan mayor incidencia de presentar diferentes complicaciones tales como neuropatía, insuficiencia renal crónica, ceguera, derrame cerebral, entre otras, inclusive llevarlos a la muerte.

#### **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

##### **4.1. Conclusiones**

- Existe relación significativa entre los niveles de afrontamiento y autocuidado en adultos con diabetes mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz - Chiclayo 2019, por ser  $r = 0.554$ .
- Dentro de las características sociodemográficas en la población de estudio, el 40% tienen una edad entre los 57 a 64 años, en relación al sexo, el 58% de los adultos fueron de sexo femenino. Acerca del tiempo que tienen con la enfermedad, el 29% de ellos tienen de 1 a 4 años, así mismo se encontró que el 75% cuentan con familiares con enfermedades crónicas, entre ellas las más resaltantes son la diabetes e hipertensión arterial y el 98% de los pacientes reciben tratamiento con hipoglucemiantes orales.

- El 79.2%, 56.3%, 87.5% y 56.3% de los pacientes diabéticos presentan un nivel de afrontamiento favorable en las dimensiones valoración de la situación como amenaza, desafío, conductual y pasivo-evitativo respectivamente. Sólo en el caso de la dimensión cognitivo, el 54.2% de los adultos presentaron un afrontamiento medianamente favorable.
- El 58.3% y el 47.9% de los Adultos presentan un autocuidado parcialmente adecuado en las dimensiones de régimen alimentario y actividad física; sin embargo, el 68.8%, 70.8% y 52.1% de estos Adultos evidenciaron un adecuado autocuidado en las dimensiones de hábitos nocivos, control de la salud y cuidado personal.

#### **4.2. Recomendaciones**

- Se recomienda capacitar al profesional de Enfermería acerca del cuidado integral del paciente diabético, lo que contribuirá a que los pacientes diabéticos adopten conductas saludables para mejorar y preservar la salud y se involucren en su autocuidado mediante la participación activa.
- A la autoridad encargada de la estrategia de prevención y control de daños no transmisibles del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, se recomienda medir semestralmente el nivel de afrontamiento y autocuidado, con la finalidad de potenciar las respuestas adaptativas a situaciones relacionadas con la enfermedad y abordar en la ampliación de las intervenciones preventivo promocionales del autocuidado en el nivel de atención primaria.
- Al profesional de Enfermería; fortalecer las acciones de información, educación continua, monitoreo mediante los controles periódicos; así mismo aplicar estrategias adecuadas para la toma de consciencia en torno a las prácticas del

propio cuidado en los pacientes diabéticos para facilitar la detección temprana y el tratamiento oportuno.

- Involucrar a la familia en el cuidado del paciente diabético, porque ejercen una fuerte influencia para su adecuado control y adherencia en el tratamiento.
  
- A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán, desarrollar programas de intervención, a través de proyectos de responsabilidad social, enfocado en la educación diabetológica, para promover estilos de vida saludable, que contribuyan a reducir los factores de riesgo, lo cual permitirá a los pacientes vivir sin discapacidad, disfrutar no solo su longevidad sino del hecho de encontrarse saludables y convertirse en agentes de cambio.

## REFERENCIAS

1. Rondón JE. Variables biopsicosociales que discriminan el tipo de tratamiento farmacológico en diabetes. *Revista de Psicología de la Salud*. 2019; 7(1).
2. Yourdan Y. Afrontamiento y calidad de vida en sujetos Diabéticos Mellitus tipo 1 y 2 de Argentina. *Rev Alad*. 2016 Jun; 6: p. 29-40.
3. Contreras A, Contreras A, Hernández C, Castro MT, Navarro LL. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones Andinas*. 2013; 15(26).
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Diabetes. [Online].; 2016 [cited 2018 Sep 07. Available from: <http://www.who.int/diabetes/publications/grd-2016/en/>.
5. Federación Internacional de Diabetes. Resumen Ejecutivo FID. [Online].; 2017 [cited 2018 Sep 07. Available from: <https://www.idf.org/e-library/welcome.html>.
6. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer Nivel de Atención R.M. n° 719-2015/Minsa. [Online].; 2017 [cited 2018 Sep 07. Available from: <https://www.idf.org/e-library/welcome.html>.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. [Online].; 2017 [cited 2018 Sep. Available from: [http://www.inei.gob.pe:8090/media/MenuRecursivo/boletines/ppt-endes\\_2017\\_30052018-panoramico-medios.pdf](http://www.inei.gob.pe:8090/media/MenuRecursivo/boletines/ppt-endes_2017_30052018-panoramico-medios.pdf).
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. [Online].; 2016 [cited 2018 Sep 08. Available from:

[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc\\_salud/Enfermedades\\_no\\_transmisibles\\_y\\_transmisibles\\_2016.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf).

9. Boletín S.E. N° 44-2019 Epidemiológico. GERESA Lambayeque. [Online].; 2019 [cited 2019 Dic 15. Available from: <https://siga.regionlambayeque.gob.pe/docs/ainformacion/15112019122713621166131.pdf>.
- 10 López C, Ávalos M. Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cubana Salud Pública. 2013 Jun; 39(2): p. 331-345.
- 11 Vera P, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev Argent Salud Pública. 2012; 3(10): p. 15-23.
- 12 Soler Y, Pérez E, López M, Quezada D. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. AMC. 2016 Jun; 20(3): p. 244-252.
- 13 Ocampo EJ, Franco BU. Estrategias de Afrontamiento en las personas con Enfermedad Crónica. Jóvenes de la Ciencia. 2018; 4(1).
- 14 Flores DM, Valencia AP. Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con Diabetes Mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos hospital regional Honorio Delgado Arequipa - 2014. [Tesis de Licenciatura]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014.
- 15 Rodríguez Y. Estilos de vida y estrategias de afrontamiento del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2. Centro médico Ponce. Chimbote, 2014. [Tesis de Maestría]. Chimbote: Universidad Nacional del Santa; 2015.
- 16 Muñoz D. Estilos de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que asisten al consultorio de medicina del Puesto de Salud Señor de Luren, Ica - noviembre 2015. [Tesis de Licenciatura]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista; 2015.

- 17 De la Cruz Arcos de Matías, E. Autocuidado y Diabetes Mellitus de pacientes Hospitalizados Servicio de Medicina Hospital IV Augusto Hernández Mendoza Ica. [Tesis Doctoral]. Ica: Universidad Nacional de San Agustín; 2016.
- 18 Fernandini J, Pompa R. Estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente Diabético Tipo II En El Hospital Belén De Trujillo-2017. [Tesis de Licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
- 19 Suarez Z. Medidas de autocuidado para la prevención de Diabetes Mellitus tipo II que realizan los Adultos que asisten a consulta externa en un Centro de Salud. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
- 20 Cadenillas R, Carrión J. Prácticas de autocuidado para la prevención de complicaciones en Diabetes Mellitus del Adulto Mayor, Hospital Provincial Docente Belén. [Tesis de Licenciatura]. Lambayeque: Universidad Señor de Sipan; 2013.
- 21 Hernando AC. La gestión del cuidado. Rev.Enfer. CyL. 2015; 7(2).
- 22 Naranjo Y, Concepción J. Importancia del autocuidado en el Adulto Mayor con Diabetes Mellitus. Rev.Finlay. 2016 Dic; 6(3): p. 215-220.
- 23 Compean LG, Quintero LM, Del Angel Pérez B, Reséndiz E, Salazar BC, González JG. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. Aquichan. 2013; 13(3): p. 347-362.
- 24 Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev.Gac Méd Espirit. 2017 Dic; 19(3).
- 25 Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Séptima Edición ed. Barcelona (España): Elseiver España, S.L; 2011.
- 26 Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, proceso y Práctica. Kosier y Erb. Volumen I. 9th ed. Madrid (España): Pearson educación,SA.; 2013.

- 27 Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit. 2018; 19(3).
- 28 Prado LA, González M, Paz N, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014 Dic; 36(6): p. 835-845.
- 29 Real Academia de la Lengua Española. Real Academia Española. [Online].; 2018 [cited 2018 Octubre 4. Available from: <http://www.rae.es/>.
- 30 Macías M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategías de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. 2013 Enero - Abril; 30(1).
- 31 González M, Lacasta M, Ordóñez A. El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología Madrid: Médica Panamericana, S.A; 2008.
- 32 Papalia D, Sterns H, Feldman R, Camp C. Desarrollo del Adulto y Vejez. Tercera ed. México: The McGraw - Hill Companies; 2009.
- 33 Oviedo A. Diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. Rev. Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa. 2014; 1(1).
- 34 Bermúdez J , Pérez A, Ruiz J, Sanjuán P , Rueda B. Psicología de la Personalidad. Primera ed. UNED , editor. Madrid ; 2011.
- 35 Niven N. Psicología en Enfermería. Segunda ed. México: El Manual Moderno S.A de C.V.; 2009.
- 36 Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Jonice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. Enfermería Médico Quirúrgico. Brunner y Suddarth. 12th ed.; 2013.

- 37 Reverte S. Efecto en la calidad de vida, el afrontamiento y las conductas de salud de los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con neurointervencionismo endovascular. [Tesis Doctoral]. Universitat de Girona. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida; 2017.
- 38 Hernández R , Aponte L. Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en Enfermería. Orinoquia. 2014; 18(2): p. 78-92.
- 39 Elías AC, González L. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies a personas que viven con diabetes tipo 2. Aquichan. 2018 Sept; 18(3).
- 40 Tobón O. El Autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. 2015; 8(1).
- 41 Rodríguez I, Mora M, Bueno M. Relación de la calidad de vida y los autocuidados podológicos con las complicaciones asociadas a la diabetes. Estudio descriptivo. Rev Esp Podo. 2017 Jul; 28(2).
- 42 World Health Organization. [Online]. [cited 2019 Agosto 25. Available from: [https://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index3.html](https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index3.html).
- 43 Olivera P, Costa M, Ferreira J. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Rev. Enfermería Global. 2017 Ener; 16(45).
- 44 Ministerio de Salud. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus Tipo 2. Lima - Perú: Minsa; 2016. Report No.: R.M. N° 719-2015.
- 45 Galindo M, Rico L, Padilla N. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con Diabetes tipo 2. Aquichan, Colombia. 2014; 14(1): p. 7 - 19.
- 46 Villalobos M, Villalobos C, Leguía J. La educación como piedra angular de la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev Med Hered. 2017 Jul; 28(3): p. 218-219.

- 47 Trujillo H. Documento Técnico: Consulta Nutricional para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2015.
- 48 Asociación Latinoamericana de Diabetes Mellitus. ALAD. [Online].; 2013 [cited 2018 Octubre 6. Available from: [http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias\\_ALAD\\_11\\_Nov\\_2013.pdf](http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf).
- 49 Bustamante G, Castellón DG. Nutrición en Diabetes Mellitus. Rev. Act. Clin. Med. 2014 Mar.
- 50 Reyes F, Pérez M, Pérez M, Figueredo E, Ramírez M, Jiménez Y. Tratamiento actual de la Diabetes Mellitus tipo 2. Rev.CMM. 2016 Mar; 20(1): p. 98 - 121.
- 51 Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2. Lima- Perú: Minsa; 2017.
- 52 American Diabetes Association. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2019 Jan.
- 53 Arias PI. Actividad física en Diabetes Mellitus tipo II, un elemento terapéutico eficaz: Revisión del impacto clínico. Rev.Duazary. 2015 Jul; 12(2).
- 54 Fernández R. Prescripción del ejercicio físico en sujetos con Diabetes Mellitus tipo 2 y Diabetes Gestacional. Rev.RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. 2016 Ene;(29).
- 55 Ministerio de Salud. Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus Tipo 2. Guía Técnica. Lima - Perú: Minsa; 2016. Report No.: R.M. N° 719-2015.
- 56 Bazan N. Actividad física y Diabetes. Rev.IS De Sports Magazine. 2014 Jun; 6(21).

- 57 Enciso AD. Factores de riesgo asociados al pie diabético. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2016 Set; 3(2).
- 58 Balcázar M, Escate Y, Choque C, Velásquez D. Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. Rev. Enferm Herediana. 2014; 7(2).
- 59 Silva L, Rezende M, Ferreira L, Dias F, Helmo F, Silveira FC. Cuidados de los pies: el conocimiento de las personas con diabetes mellitus inscritos en el programa de salud familiar. Rev.Enferm. glob. 2015 Ene; 14(37): p. 38 - 51.
- 60 Centers for Disease Control and Prevention. [Online]. [cited 2018 Noviembre 4. Available from: <https://search.cdc.gov/search/?query=la+diabetes+y+usted&sitelimit=&utf8=%E2%9C%93&affiliate=cdc-main>.
- 61 Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Mexico: McGraw HILL; 2014.
- 62 Inga N. Autocuidado del Adulto con Diabetes Mellitus tipo2 atendido en consultorios externos del Hospital Nacional Hipolito Unanue. Tesis para obtener el título de profesional de Licenciada en Enfermería. El Agustino: Universodad Cesar Vallejo; 2017.
- 63 El Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. [Online].; 1979 [cited 2019 Noviembre 28. Available from: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>.
- 64 Noreña AL,Alcaez N,Rojas JG,Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AQUICHAN. 2012 Dic; 12(3).

## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ identificado con N° de DNI \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ declaro haber sido informada (o) de manera clara, precisa y oportuna, de los fines que busca la presente investigación titulada Afrontamiento y Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus del Centro de Salud José Leonardo Ortiz Chiclayo – 2019 , ejecutada por la estudiante Santamaria Juarez Violetita Aracely.

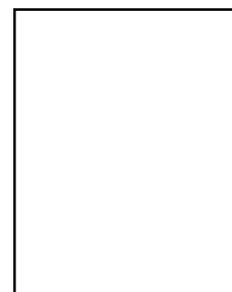
Reconozco que la información que yo brinde en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Me ha indicado también que tendré que responder 3 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 35 minutos.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, doy mi AUTORIZACIÓN para participar voluntariamente en la encuesta realizada y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

DNI.....

Chiclayo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019



## Anexo 2: Características Sociodemográficas



### AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO – 2019

INSTRUCCIONES: Estimado(a) Sr(a): La presente guía de entrevista forma parte de un estudio orientado a obtener información respecto a sus características generales, por lo que se le solicita responder de manera apropiada las preguntas que se le plantean marcando con un aspa (x) según las respuestas que usted considere conveniente.

#### I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud. a la fecha?  
\_\_\_\_\_ Años.
2. ¿Cuál es su género?:
  - a) Masculino
  - b) Femenino

#### II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3. ¿Cuál es su estado civil?
  - a) Soltero (a)
  - b) Casado (a)
  - c) Conviviente
  - d) Separado (a)
  - e) Viudo (a)
4. ¿Cuál es su grado de escolaridad?
  - a) Analfabeto
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior Técnico
  - e) Superior Universitario

#### III. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

5. ¿Tiene usted algún familiar con antecedentes de una enfermedad crónica?
  - a) Si ( )
  - b) No ( )

En caso de respuesta afirmativa ¿Qué tipo de enfermedad es? \_\_\_\_\_

#### IV. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS A LA ENFERMEDAD

6. Tiempo de evolución de la enfermedad  
\_\_\_\_\_ Meses.  
  
\_\_\_\_\_ Años.
7. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que recibe usted?
  - a) Hipoglucemiantes orales
  - b) Insulina

### Anexo 3: Instrumento de Estrategias de Afrontamiento



#### CUESTIONARIO DE VALORACION Y AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

INSTRUCCIONES: Mi interés es conocer como Ud., responde cuando se enfrenta a situaciones difíciles o estresantes como la Diabetes. Con este propósito en el presente cuestionario le pido indicar que cosas hace o siente con más frecuencia. Responda teniendo en cuenta las siguientes alternativas.

CASI NUNCA (0)      POCAS VECES (1)      UNAS VECES SÍ Y OTRA VECES NO (2)  
 CASI SIEMPRE (3)

	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí y otras veces no	Casi siempre
	0	1	2	3
<b>Valoración de la situación como amenazante</b>				
1. Que tiene mucha importancia en mi vida				
2. Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar				
3. Como otra más de la vida				
4. Sin una especial importancia				
5. Sin consecuencias negativas para mi				
<b>Valoración de la situación como desafío</b>				
6. Que supone un desafío para mi				
7. En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo				
8. Reflexiono sobre cuál es la mejor manera de resolver el problema.				

9. En la que debo planear acciones para solucionar el problema				
10. Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan				
<b>Afrontamiento cognitivo</b>				
11. Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que me ayuden				
12. Trato de ver algún aspecto positivo de la situación				
13. Planeo acciones para solucionar el problema.				
14. Intento eliminar mis pensamientos negativos.				
15. Intento mejorar mi estado de ánimo.				
<b>Afrontamiento conductual</b>				
16. Trato de conocer la situación y de prepararme para ella.				
17. Busco ayuda en un profesional				
18. Me apoyo en mi familia para sobrellevar el problema.				
19. Hago cosas que me ayuden a relajarme.				
20. Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión.				
<b>Afrontamiento pasivo - evitativo</b>				
21. Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones.				
22. No hago nada especial e intento pasar desapercibido.				
23. Me niego a creer en lo que ha ocurrido.				
24. Intento huir y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella				

## Anexo 4: Instrumento de Valoración de Autocuidado



### CUESTIONARIO DE ESCALA DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

INSTRUCCIONES: Estimado (a) paciente: La presente escala forma parte de un estudio orientado a identificar el nivel de autocuidado que tienen los pacientes con Diabetes tipo II; para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que usted considere pertinente de acuerdo a las actividades que usted realiza en su vida cotidiana.

<b>Régimen Alimentario</b>	<b>Siempre 2</b>	<b>A veces 1</b>	<b>Nunca 0</b>
1. Consume alimentos bajo en grasa, sal, azúcar.			
2. En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, lácteos, diariamente.			
3. Consume pescado o carnes blancas como pollo, pavo.			
4. Consume carnes rojas en su alimentación.			
5. Consume de 4 a 8 vasos de agua diaria.			
6. Evita usted el consumo de azúcar y productos azucarados como gaseosas, golosinas, galletas dulces.			
7. Consume alimentos procesados y ultraprocesados con altos contenidos de grasas y sal como la comida chatarra.			
<b>Actividad Física</b>			
8. Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día			
9. Practica ejercicios como: correr, montar bicicletas, caminatas, asistir a gimnasio u otros.			

<b>Hábitos Nocivos</b>			
10. Consume bebidas alcohólicas.			
11. Fuma cigarrillo o tabaco			
<b>Control de la salud</b>			
12. Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico.			
13. Se controla la glucosa regularmente.			
14. Cumple las indicaciones médicas			
15. Controla su peso o sabe cuánto debe pesar			
16. Busca informarse sobre las complicaciones derivadas de su enfermedad.			
17. Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.			
<b>Cuidado Personales</b>			
18. Realiza el cuidado de sus pies a diario.			
19. Realiza el secado de los pies teniendo especial cuidado en los espacios interdigitales (entre los dedos)			
20. Usa usted zapatos ajustados que causan incomodidad			
21. Inspecciona usted diariamente sus pies en busca de heridas o lesiones			
22. Se recorta las uñas en forma recta.			
23. Utiliza cremas humectantes para sus pies			
24. Considera importante el cuidado de los pies.			

## Anexo 5: Confiabilidad de instrumento de Afrontamiento

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,922	24

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Que tiene mucha importancia en mi vida	45,20	104,622	,764	,915
Que tiene muchas consecuencias negativas difíciles de controlar	45,70	106,678	,579	,918
Que supone un desafío para mi	45,80	105,511	,612	,918
En la que debo esforzarme para conseguir un resultado positivo	45,60	104,489	,652	,917
Como otra más de la vida	46,40	118,267	-,262	,927
Sin una especial importancia	46,00	110,444	,348	,922
Sin consecuencias negativas para mi	45,80	106,178	,476	,921
Reflexiono sobre cuál es la mejor manera de resolver el problema.	45,50	104,500	,602	,918
Creo que puedo enfrentarme a esta situación y hacer cosas que me ayuden	45,40	100,711	,786	,914

Trato de ver algún aspecto positivo de la situación	45,50	105,167	,683	,916
Planeo acciones para solucionar el problema.	45,40	108,933	,327	,924
Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan	45,10	113,656	,188	,924
Intento mejorar mi estado de ánimo.	45,30	106,011	,689	,916
Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos	45,00	105,333	,712	,916
Intento eliminar mis pensamientos negativos.	45,90	108,544	,398	,922
Me niego a creer en lo que ha ocurrido.	46,20	113,067	,247	,923
Trato de conocer la situación y de prepararme para ella	45,20	105,956	,667	,917
Busco ayuda en un profesional	45,10	104,100	,793	,915
Me apoyo en mi familia para sobrellevar el problema.	45,10	103,878	,809	,914
Hago cosas que me ayuden a relajarme	45,20	104,400	,781	,915
Hago cosas para disminuir mi nivel de tensión	46,00	99,111	,832	,913
Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones	46,30	108,456	,507	,919
No hago nada especial e intento pasar desapercibido	45,90	110,767	,339	,922
Intento huir y evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella	46,20	107,733	,434	,921

## Anexo 6: Confiabilidad de instrumento de Autocuidado

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,902	24

### Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Consume alimentos bajo en grasa, sal, azúcar.	52,10	50,989	,664	,895
En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, lácteos, diariamente.	52,20	52,400	,334	,903
Consume pescado o carnes blancas como pollo, pavo.	52,00	52,222	,506	,898
Consume carnes rojas en su alimentación.	52,80	52,178	,642	,896
Consume de 4 a 8 vasos de agua diaria.	52,30	50,233	,583	,896
Evita usted el consumo de azúcar y productos azucarados como gaseosas, golosinas, galletas dulces.	52,20	51,067	,668	,895
Consume alimentos procesados y ultraprocesados con altos contenidos de grasas y sal como la comida chatarra.	52,90	52,767	,465	,899
Realiza como mínimo 30 minutos de ejercicio al día.	52,20	51,511	,425	,901
Practica ejercicios como: correr, montar bicicletas, caminatas, asistir a gimnasio u otros.	52,20	50,844	,495	,899
Consume bebidas alcohólicas.	53,20	57,956	-,249	,913

Fuma cigarrillo o tabaco	53,30	51,567	,644	,896
Toma los medicamentos según las indicaciones de su médico.	52,00	52,889	,414	,900
Se controla la glucosa regularmente.	52,10	53,656	,302	,902
Cumple las indicaciones médicas	52,10	51,878	,541	,897
Controla su peso o sabe cuánto debe pesar	52,00	50,667	,725	,894
Busca informarse sobre las complicaciones derivadas de su enfermedad.	52,20	48,178	,783	,891
Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.	52,10	54,322	,215	,904
Realiza el cuidado de sus pies a diario.	52,00	52,000	,537	,898
Realiza el secado de los pies teniendo especial cuidado en los espacios interdigitales (entre los dedos)	52,10	52,100	,511	,898
Usa usted zapatos ajustados que causan incomodidad	53,10	51,656	,572	,897
Inspecciona usted diariamente sus pies en busca de heridas o lesiones	52,00	51,333	,631	,896
Se recorta las uñas en forma recta.	52,40	52,933	,319	,903
Utiliza cremas humectantes para sus pies	52,40	48,489	,838	,890
Considera importante el cuidado de los pies.	51,90	51,656	,630	,896

## Anexo 6: Carta de Aceptación

**USS** | UNIVERSIDAD  
SEÑOR DE SIPÁN



*"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"*

Pimentel, 05 de diciembre de 2018

**Solicitó:** Autorización recolección de datos para trabajo de investigación.

**Dr. Eduardo Senmache Ahumado**  
Director del Centro de Salud José Leonardo Ortiz  
**Presente.-**

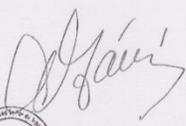
De mi consideración:

Me dirijo a usted en nombre de la Universidad Señor de Sipán, para saludarlo cordialmente y a la vez motiva la presente para presentar a la Srta. **SANTAMARIA JUAREZ VIOLETITA ARACELY**, estudiante de la Escuela Académica Profesional de Enfermería de esta Casa Superior de Estudios, quien está realizando el proyecto de investigación denominado: **"AFRONTAMIENTO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD JOSE LEONARDO ORTIZ, CHICLAYO – 2019"**, requisito fundamental en la asignatura de Investigación I.

En tal sentido, acudo a su despacho para solicitar tenga a bien conceder permiso a la estudiante en mención, a fin que pueda recolectar datos para la ejecución del proyecto de investigación en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Agradeciendo por anticipado su gentil atención, me despido.

Atentamente,

  
  
Dra. Norma del Carmen Galvez Diaz  
E.A.P. DE ENFERMERIA  
DIRECTORA

cc.archivo  
mjsjg/sec

ADMISIÓN E INFORMES

074 481610 - 074 481632

CAMPUS USS

Km. 5, carretera a Pimentel

Chiclayo, Perú

[www.uss.edu.pe](http://www.uss.edu.pe)