

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

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



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE  
AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN EL  
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-2017**

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

**AUTORAS: BACH. JACKELINE MECKY FERNANDINI CHÁVEZ**

**BACH. RUTH WENNE POMPA ABANTO**

**ASESORA: DRA. BETTY CARIDAD CASTRO DE GÓMEZ**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2017**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

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



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE  
AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN EL  
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-2017**

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

**AUTORAS:** BACH. JACKELINE MECKY FERNANDINI CHÁVEZ

BACH. RUTH WENNE POMPA ABANTO

**ASESORA:** DRA. BETTY CARIDAD CASTRO DE GÓMEZ

**TRUJILLO – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

*A **Donato**, mi hijo, mi motor,  
mi fuerza, y motivación, por  
quien me levanto cada día  
para seguir luchando.*

*A mis padres **Luis y Aida**, que  
son mi gran apoyo, mi orgullo y  
unas de mis motivaciones para  
seguir adelante.*

*A mi abuelita **Felicinda**,  
porque siempre estuviste allí,  
para darme ánimos y  
perseguir mis sueños.*

**JACKELINE**

## DEDICATORIA

*A mis padres **Elizabeth** y **Oracio**, que son mi motivación y fuerza para seguir adelante en la persecución de mis sueños. Gracias por su amor y confianza.*

*A mi hermana **Jean**, por su apoyo constante e incondicional, queriendo ser para ella un ejemplo de persistencia en sus sueños.*

*A toda mi familia, porque cada uno de ellos me brindó su apoyo en diferentes aspectos durante toda mi carrera profesional y a mi abuelito **Teodoro** que partió de este mundo.*

**WENNE**

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por darnos la bendición de un día más de vida y por permitirnos concluir con una de nuestras metas trazadas, ser ENFERMERAS.*

*A nuestra asesora Dra. Betty Castro De Gómez por su apoyo constante, dedicación y confianza durante nuestra formación profesional y estar siempre disponible para resolver nuestras dudas.*

*A nuestra querida coordinadora Mg. Kellyn Castro Gómez, por contribuir en el desarrollo del presente estudio.*

*A los usuarios que participaron y contribuyeron en el desarrollo del trabajo de investigación.*

**JACKELINE Y WENNE**

## TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	iii
TABLA DE CONTENIDO.....	iv
LISTA DE TABLAS.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
I.INTRODUCCION.....	1
II.MATERIAL Y METODO.....	23
III.RESULTADOS.....	31
IV.DISCUSION.....	34
V.CONCLUSIONES.....	40
VI.RECOMENDACIONES.....	41
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	42
ANEXOS.....	46

## INDICE DE TABLAS

Pág.

### III- 1:

NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO- 2017.....31

### III- 2:

NIVEL DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO- 2017.....32

### III- 3:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II. HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO- 2017.....33

## RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo-2017. La muestra estuvo constituida por 113 pacientes con diabetes mellitus tipo II. A quienes se les aplicaron 2 instrumentos: el primero para identificar el nivel de estrategias de afrontamiento y el segundo para identificar el nivel de capacidad de autocuidado. Encontrándose que las estrategias de afrontamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo II fue alta en un 64.6%, medio en el 35.4% y bajo en un 0%. En relación a la capacidad de autocuidado en los pacientes con diabetes mellitus tipo II fue alta en un 61.0%, medio en el 38.1% y bajo en un 0.9%. Concluyendo se puede apreciar que el estadístico de prueba Chi-cuadrado tiene un valor de 28.854 con un p-valor de significancia de 0.000 ( $p < 0.05$ ), por consiguiente existe una relación altamente significativa entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado en el paciente diabético tipo II.

**Palabras Clave:** Estrategias de afrontamiento, autocuidado, Diabetes Mellitus.

## ABSTRACT

This research is a study of descriptive, correlational, cross-sectional type was carried out in order to determine the relationship between coping strategies and the self-care capacity of type II diabetic patients at Hospital Belén de Trujillo-2017. The sample consisted of 113 patients with type II diabetes mellitus. To whom two instruments were applied: the first to identify the level of coping strategies and the second to identify the level of self-care capacity. Meeting that the coping strategies in patients with type II diabetes mellitus were high in 64.6%, medium in 35.4% and low in 0%. Regarding self-care capacity in patients with type II diabetes mellitus was high in 61.0%, medium in 38.1% and low in 0.9%. In conclusion, it can be seen that the Chi-square test statistic has a value of 28,854 with a p-value of 0.000 ( $p < 0.05$ ), therefore there is a highly significant relationship between coping strategies and self-care capacity in the type II diabetic patient.

**Keywords:** Coping strategies, Self-care, Diabetes Mellitus.

## I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas o no transmisibles constituyen uno de los problemas de salud prioritarios en el siglo XXI. Su sostenido y progresivo aumento en las tasas epidemiológicas demuestra el gran desafío que enfrenta actualmente la población mundial debido a que son de larga duración, y generalmente de progresión lenta y tratamiento prolongado (1).

Siendo la diabetes una de estas mayores emergencias mundiales de salud, donde cada año más y más personas viven con esta enfermedad, la misma que desencadena complicaciones a lo largo de la vida y es causa de principales muertes en la mayoría de los países. Con complicaciones micro y macro vasculares crónicas y neuropáticas (2,3).

Según la Federación Internacional de Diabetes, en el mundo existirían 387 millones de personas con diabetes, de los cuales 179 millones (46%) estarían no diagnosticados. Para el 2035 se estima que en el mundo se sumarían 205 millones de nuevos pacientes diabéticos. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. Según reportes de la FID esta prevalencia seguirá aumentando, quedando registrado en un 10.4% para el 2040 (3,4,5).

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud, la diabetes será la séptima causa de muerte en el 2030. A nivel mundial en el 2015, fallecieron 5 millones de adultos en edades comprendidas entre 20 y 79 años; la diabetes representó el 14.5% de todas las causas de mortalidad entre las personas de esta edad en el mundo. Cerca de la mitad, el 46.6% de las muertes por diabetes son en personas menores de 60 años. Donde el mayor número de muertes ocurrieron en los países con el mayor número de personas con esta enfermedad como en China, India, EE. UU y Rusia (3,4).

En el Perú, según la Organización Mundial de la Salud, existiría un 6.7% de personas con 18 años a más, que tienen glucosa elevada en sangre o que toman medicación hipoglucemiante o tuvieron diagnóstico previo de diabetes mellitus (5).

Según el reporte del boletín epidemiológico del Perú, se estima que en nuestro país al menos 1 300 000 personas presentan esta enfermedad. Por otro lado, según la Dirección General de Epidemiología, la diabetes mellitus es la sexta causa de carga de enfermedad en el país y la primera en personas de 45 a 59 años de edad. Además, el 30% de los casos de diabetes presentaban alguna complicación, el 19,5% tenían una complicación; el 4,6% dos complicaciones; y el 0,8% tres o más complicaciones. Donde la neuropatía diabética con el 21% representó la complicación más frecuente, seguida de la nefropatía diabética con un 4% y la retinopatía diabética con un 2% (5,6).

Ocasionando 5500 defunciones cada año lo que significa que fallecen 19 personas con diabetes por cada 100 000 peruanos. Siendo departamentos con mayor tasa de mortalidad por diabetes son los de la costa norte y de la región amazónica (Tumbes, Madre de Dios, San Martín, Loreto y Piura (20).

Según datos del Ministerio de Salud del Perú – Situación de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en establecimientos de salud en el año 2016; los casos registrados por el MINSA, corresponden a un total de 11012 pacientes que padecen de diabetes tipo II, el cual representa el 94.1% de la población diabética a nivel nacional. Donde el 33,6% (3927) de casos pertenecen a Lima, que ocupa el primer lugar; en el caso de La Libertad tiene 688 de casos de diabetes para ese año, que representa el 5.9% casos ubicándose en el sexto lugar (7).

Como se puede observar en los datos estadísticos, la incidencia de casos de diabetes está aumentando conforme pasan los años al igual que sus complicaciones, en consecuencia, los costos tanto individuales como para los sistemas de atención sanitaria son elevados.

Por lo que urge conocer y llevar a la práctica acciones y medidas de cuidado para el control y el tratamiento de su enfermedad. Por todo lo mencionado, es importante destacar el rol de la enfermera en la promoción del autocuidado, velando por el bienestar físico, psíquico, y social de los seres humanos mediante la identificación de los problemas de salud que los afectan y la resolución rápida y oportuna de ellos mediante acciones asistenciales, educativas y preventivas para contribuir a mantener

en óptimas condiciones de salud, por lo tanto la intervención de la enfermera debe estar dirigido al autocuidado, enfocándose en la prevención de complicaciones y manejo de la enfermedad, siendo necesario tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras; logrando un compromiso y participación del paciente y su familia en el tratamiento, adoptando conductas permanentes de autocuidado que faciliten el conocimiento, con la finalidad de que el paciente logre el empoderamiento y el desarrollo de la capacidad de decisiones sobre su salud y de este modo adopte conductas que impidan la aparición de complicaciones.

Por otro lado durante nuestro internado hospitalario y comunitario, fuimos testigos de la frecuencia afluyente del ingreso de usuarios con diabetes tipo II hospitalizados por complicaciones así como también en consultorios externos y el programa de enfermedades no transmisibles, lo cual obtuvimos la experiencia de interaccionar y ser colaboradoras de sus cuidados de forma continua, dándonos cuenta de que muchos de los pacientes diabéticos no aplican medidas preventivas y no ejercen de manera continua su autocuidado.

Por todo lo anteriormente mencionado en la presente investigación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo-2017?**

## **1.1. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo – 2017.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de estrategias de afrontamiento del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo – 2017.
- Identificar el nivel de capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II en el Hospital Belén de Trujillo – 2017.

## 1.2. MARCO TEÓRICO:

La diabetes mellitus es considerado un trastorno endocrino como el más común que existe, que engloba un conjunto de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre, también llamada hiperglucemia, que puede estar producida por una deficiente secreción de insulina, una resistencia a la acción de la misma, o una mezcla de ambas (14).

Según la Organización Mundial de la Salud define diabetes, como “enfermedad crónica, que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina” (4).

Normalmente circula en la sangre cierta cantidad de glucosa cuya fuente principal es la absorción de los alimentos en el sistema gastrointestinal y la síntesis de glucosa en el hígado a partir de otros compuestos que forman parte de las sustancias alimenticias, de esta forma los niveles de glucosa en sangre permanecen dentro de unos límites muy estrechos, entre 70 – 120 mg/dl (22).

En la fisiología de la diabetes mellitus, la liberación de insulina es un proceso indispensable en la homeostasis del cuerpo como respuesta al aporte energético del consumo de alimentos. Su liberación es inducida principalmente en respuesta al incremento de glucemia. La glucosa favorece la secreción de insulina, la cual aumenta y hace que pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos, aportando la energía que necesita el organismo para que pueda realizar sus funciones con

normalidad. En el caso del paciente diabético tipo II, el páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad, debido a que el cuerpo no responde correctamente a esta hormona (15, 22).

Siendo la diabetes tipo II el más común en el adulto, representando el 90% de los casos a nivel mundial, donde muchas personas continúan sin ser diagnosticados, debido a la poca frecuencia de los síntomas en los primeros años o llegan a ocurrir, pero no son ligados a esta enfermedad (4).

Esta forma de diabetes suele manifestarse en personas mayores de 40 años, y es tanto más frecuente, cuanto más avanzada es la edad. Sus causas se encuentran influidos por diversos factores de riesgo como historia familiar de diabetes, la obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, y una vida sedentaria. (15)

Dentro de las complicaciones de la diabetes tenemos las macro y las microangiopatías: la microangiopatía diabética se define como la afectación de pequeños vasos producida por la diabetes mellitus, debido al manejo inadecuado glucémico y la evolución prolongada que favorece este tipo de alteraciones, dentro de ellas se encuentran: la retinopatía, nefropatía, neuropatía y pie diabético (13).

La macroangiopatía diabética engloba el conjunto de lesiones vasculares que se pueden desarrollar como consecuencia de alteraciones específicas de la enfermedad y aceleración del proceso arteriosclerótico. El cual incluye la cardiopatía isquémica, miocardiopatía diabética, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica. La lesión vascular que se presenta en la diabetes, tanto macro como micro angiopáticas,

constituyen hoy en día el fenómeno más importante de su cuadro clínico y evolución, que en muchos casos invalidan al diabético (13,14).

Estas afecciones llegan a comprometer aspectos de la vida de la persona, como su capacidad laboral, sus relaciones y adaptación con su entorno; causando así deterioro de la calidad de vida, que afectan a las diferentes dimensiones del ser humano como el componente emocional de los pacientes, debido a que algunos niegan la gravedad de su enfermedad, otros se vuelven agresivos y exteriorizan su agresividad rechazando el tratamiento o bien la interiorizan deprimiéndose; repercutiendo así, estas reacciones en el manejo de su salud (16).

El ser diagnosticado con diabetes mellitus constituye una frustración frente a las expectativas de salud del paciente y sus allegados. En primer lugar, porque la enfermedad es algo inesperado y, en segundo, porque tras el alta el paciente vuelve a casa y no está curado. Además, el evitar que desarrollen complicaciones implica que él y las personas cercanas deben hacerse cargo de cuidados que habitualmente se encarga el personal de salud (2).

Provocando que la enfermedad sea considerada como una situación generadora de estrés, ya que en la mayoría de las sociedades se le ha otorgado un gran valor a la salud, por lo que la falta de esta, supondría la presencia de un acontecimiento estresante, impactando gravemente la vida del sujeto y cambiando drásticamente su modo de vida, colocando a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella (17).

Por lo tanto los pacientes con diabetes se enfrentan a estresores específicos como los síntomas, el tratamiento y la falta de apoyo social. Estos estresores originan el constructo denominado estrés asociado con la diabetes, que se define como el grado de conflicto psicológico asociado a los cambios derivados de la enfermedad que el paciente con diabetes tipo II experimenta. Para que un evento sea considerado como estresante, la persona realiza una valoración primaria que consiste en analizar si tal evento tiene implicaciones positivas, negativas o neutras y una valoración secundaria en la que se analizan las capacidades del propio sujeto para afrontar un hecho en particular. Dichas capacidades de los individuos se denominan estrategias de afrontamiento (8,9).

Por lo tanto, el afrontamiento es considerado como un factor estabilizador en el ser humano, porque le ayuda a manejar de una manera eficaz las situaciones que él considera estresantes y facilita su adaptación de tal manera que este tipo de adversidades no repercutan en su salud (19).

Para la presente investigación se toma como referencia a los autores: Zeidner y Hammer que definen el afrontamiento como “Características o conductas que tienen las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (19).

El afrontamiento es un proceso dinámico en donde el ser humano utiliza acciones tendientes a frenar, amortiguar y anular los efectos de las situaciones estresantes, logrando así, manejar y controlar dicha situación; por lo tanto, se puede decir que la persona que tuvo un afrontamiento adecuado, ello se verá reflejado en la adaptación al encontrar a un ser humano con “bienestar, funcionamiento social y salud somática” (19).

Centrándonos en el proceso de afrontamiento, se han elaborado conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento, las estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento. Sandín, explica que, los estilos de afrontamiento son acciones generales con tendencias personales que los lleva a escoger entre una u otra estrategia de afrontamiento, por otro lado las estrategias de afrontamiento son acciones más específicas, concretas que realiza la persona para manejar las situaciones estresantes, y con referente a los recursos de afrontamiento hace referencia a características personales del individuo para que pueda hacer frente a los estresores y el apoyo social recibido, que juega un rol muy importante (19).

Además, el ser humano por naturaleza necesita del contacto social, conlleva a que las personas puedan contar con una fuente de apoyo social, dicha fuente se considera un importante factor protector de la salud en la diabetes mellitus, ya que proporciona al paciente la probabilidad de que tenga un mayor control de la enfermedad por la ayuda que le pudieran proporcionar (9).

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas, donde el paciente percibe el apoyo. Por lo que, no sólo es importante tener una red disponible, sino que la persona sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros. Autores mencionan que entre el apoyo social y la salud habría un efecto directo, donde postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, de modo que protege a los individuos de los efectos patogénicos del evento estresante (9,10).

Según en el modelo de Carver presenta una versión abreviada del inventario COPE, el cual considera que es idóneo para investigaciones relacionadas con la salud, ya que a su vez proporciona una medida breve de afrontamiento que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz (19).

Además, reconoce que las estrategias de afrontamiento tienen dos formas de afrontarla como las formas activas y las formas pasivas o evitativas. En las formas de afrontamiento activas encontramos: afrontamiento activo, Planificación, Apoyo instrumental, Reinterpretación positiva, Humor, Aceptación y Apoyo emocional. Por otro lado, dentro de las formas de afrontamiento pasivos: Renuncia, Auto distracción, Consumo de sustancias, Negación, Religión, Autocrítica y Descarga emocional (20).

El denominado Brief COPE consta de las 14 subescalas: El Afrontamiento activo, esfuerzos que realizan las personas para eliminar la fuente de estrés. La Planificación, estrategia orientada a pensar en cómo la persona va a afrontar al estresor. El Apoyo instrumental, acciones directas que los demás realizan con la finalidad de ofrecernos ayuda. El Uso de apoyo emocional, el ser humano consigue apoyo de otras personas tanto su comprensión como de simpatía. La Auto-distracción, la persona se concentra en otros proyectos, con el fin de distraerse y no centrarse en el estresor. El Desahogo, la tendencia de expresar sentimientos reprimidos. La Desconexión conductual, el ser humano reduce sus esfuerzos para tratar con el estresor. La Reinterpretación positiva, busca el lado positivo del problema para intentar mejorar a partir de la situación. La Negación, niega la realidad del suceso estresante. Aceptación, la persona acepta el hecho que está ocurriendo. La Religión, tendencia a refugiarse en sus creencias religiosas en los momentos de estrés. El Uso de sustancias; se lleva a cabo con el fin de sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor. El Humor, la persona hace bromas sobre el estresor haciendo burlas de la misma. Y por último la Auto-inculpación, aquí la persona se critica y se culpabiliza por todo lo que le está pasando (19).

Al mismo tiempo el afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, debido a que son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación estresante (20).

Callista Roy, desarrolló la teoría 'Proceso de Afrontamiento y Adaptación', en la cual "describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana ambiental". Dichas estrategias las define como "las respuestas habituales que la persona utiliza para mantener la adaptación, y las formas que el ser humano funciona para mantener la integridad en su día a día y en los momentos de estrés" (1, 21).

Esta teoría establece que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están determinadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona, definiendo adaptación como "el proceso y resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno" (21).

Asimismo, Roy describe el entorno como el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo de la conducta de las personas y de los grupos, donde el entorno cambiante empuja a la persona a reaccionar para adaptarse (33).

Por lo cual establece que en el ambiente participan estímulos y que llegan a condicionar la situación de salud de la persona, estos se clasifican en: estímulos focales, contextuales y residuales. En relación con los pacientes diabéticos; el estímulo focal; el paciente debe confrontar de forma inmediata la duración de la enfermedad, debido a que es un trastorno crónico y con las posibles complicaciones invalidantes que

podrían sufrir debido a la falta de adherencia al tratamiento; el estímulo Contextual: Afrontamiento de la condición, tanto individual como familiar, mediado por condiciones como la edad, sexo, estado civil, creencia religiosa, condición económica, condición psicológica, habilidad para tolerar el stress, participación en programas de educación para la salud; el estímulo residual: la persona con diabetes genera cambios en la rutina de su vida, cambios en la alimentación, en la actividad física, en su participación social, vida familiar (34).

Estos estímulos ambientales al entrar en contacto con el sistema activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivos para afrontar las situaciones. el subsistema regulador incluye todos los canales neuroquímicos y endocrinos por los que la persona reacciona al medio. En segundo lugar, el subsistema cognitivo procesa la información perceptual, aprendizaje, juicios y emociones, de tal manera que los estímulos externos e internos son procesados para que la persona pueda realizar una respuesta. Estos procesos se dan juntos para permitir a la persona adaptarse a los cambios del medio ambiente, tanto de inmediato como a largo plazo (35).

Por lo tanto, refiere que las respuestas de estos subsistemas son evidenciadas en los cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia (34).

En relación al paciente diabético dentro del modo fisiológico, Implican las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación, donde valora los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina. Autoconcepto: valora las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física, la identidad personal y la identidad moral y ética. Función de Rol: valora el rol parental, laboral y social. Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto (34).

Debido a ello como fuente integradora el ser humano desarrolla estrategias necesarias para la conservación de su estructura y funcionalidad, contribuyendo cada vez a un mejor nivel y calidad de vida. Una de estas estrategias es el autocuidado (11).

El autocuidado es la aplicación ideal de una base de conocimientos para elevar la calidad de vida de las personas, según Dorothea Orem define el autocuidado, como el conjunto de acciones intencionadas y aprendidas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida (12, 24).

Por lo cual, la persona adquiere cualidades, aptitudes o habilidades que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado; dando el concepto de capacidad de autocuidado siendo, la habilidad que es desarrollada en el transcurso de la vida por medio de un proceso de aprendizaje (24).

Según Dorothea Orem en la teoría de sistemas de enfermería, postula la manera como la persona y el personal de enfermería interactúan en tres sistemas diferentes que son: sistema completamente compensador, parcialmente compensador y de apoyo educativo, donde la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado (28, 32).

El sistema apoyo educativo es apropiado para el paciente quien es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a nuevas situaciones; es decir, que el papel de enfermería dentro de este sistema es el de proporcionar ayuda para la toma de decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Dentro de éste sistema, el profesional de enfermería tiene como función regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado. En el caso de pacientes con diabetes es necesario el apoyo en un sistema de apoyo educativo ya que el paciente adquirirá conocimientos y habilidades (32).

Al activar algunos de estos sistemas, la persona desarrolla habilidades que permiten cuidar la salud e implican que cuenten con tres elementos: Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado: consideradas las habilidades básicas del individuo como la percepción, memoria, y orientación. La Capacidad de operacionalizar el autocuidado: habilidades que permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y la construcción de las acciones para lograr el manejo de la enfermedad. Y finalmente los componentes del poder: habilidades que impulsan el individuo, la acción del autocuidado como motivación, adquisidor de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria (27).

Por lo tanto, las personas con diabetes tipo II deberán adoptar comportamientos de autocuidado durante toda la vida, introduciendo cambios en el estilo de vida que sean compatibles con su propio concepto de calidad de vida, es decir, requiere de un proceso de adaptación a las actividades cotidianas, información y conocimientos, así como desarrollar habilidades para lograr una vivencia de la enfermedad sin dificultades (9).

En consecuencia, es importante que la persona con diabetes mellitus tipo II, conozca su enfermedad, modifique su estilo de vida y adquiera habilidades para el autocuidado (12).

El autocuidado del paciente con diabetes, según la asociación americana de diabetes sustenta el cuidado holístico basados en 4 pilares: Como primer pilar tenemos a la educación diabetológica que es la base fundamental del tratamiento. Es imprescindible, tanto para el paciente como también para su familia. Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos y, sobre todo, modificar el comportamiento. Este último es el objetivo más importante; sin embargo, la información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones y se integran a los hábitos personales (26).

El segundo pilar la dietoterapia, la dieta es fundamental en el tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación (26).

El objetivo está dirigido a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y también de los valores lipídicos. Estos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia (29).

El tercer pilar es la terapéutica medicamentosa, no todos los pacientes necesitan medicación para el tratamiento de la diabetes, pero si lo requieren estas pueden ser: Hipoglucemiantes orales: intentan contrarrestar las fallas producidas por el mecanismo hormonal y otro es la Insulina: su administración está indicada en aquellos pacientes

con diabetes tipo I o en los de tipo II, que presentan enfermedades intercurrentes con posibilidades de una descompensación o en situaciones de emergencia (26).

Como cuarto y último pilar es el Ejercicio físico, incrementa el consumo de glucosa por parte de los músculos. Aumenta la sensibilidad de la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa, disminuyendo la resistencia a la insulina (26).

Este es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos habituales (insulina o hipoglucemiantes) además, retarda la aparición de complicaciones, especialmente las cardiovasculares. Es fundamental que toda actividad física indicada al paciente diabético sea adecuada a la edad y al grado de control metabólico de la enfermedad (26).

Así mismo, según GAST, el autocuidado está influido, tanto por las características internas como la edad, estado de salud, así como por numerosos factores externos como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos de condicionantes (10).

Estos están relacionados con el autocuidado dado que la capacidad de las personas para realizar el autocuidado en tipo y cantidad de autocuidado que se requiere es influenciada por ciertos factores internos y externos que constituyen los factores básicos condicionantes que son: la edad, género, estado de desarrollo, la orientación sociocultural, el estado de salud, los factores relacionados con el sistema de cuidado de salud( diagnóstico médico y modalidades de tratamiento), factores relacionados con el sistema familiar, el patrón de vida en el que se incluyen las actividades en las que

se ocupa regularmente la persona, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de recursos (28).

Por lo cual ha sido de interés contar con instrumentos que sea capaces de detectar cambios en la capacidad de autocuidado de los pacientes, donde evalúa el desarrollo de capacidades específicas para el mejoramiento de las actividades de autocuidado, han utilizado como instrumento de medición “escala valoración de agencia de autocuidado” que fue desarrollada para medir la agencia de autocuidado auto reportada por el paciente y por la enfermera (26).

Esta fue creada por la profesora Edilma de reales, de la facultad de enfermería de la universidad nacional de Colombia, siendo la segunda versión en español de la escala ASA (30).

Esta diseñada en cinco dimensiones tales como: interacción social: valora la capacidad que tiene el paciente para solicitar ayuda a otras personas en búsqueda de beneficios para el cuidado de sus salud; bienestar personal: son acciones que realiza el paciente para prevenir o controlar situaciones que afectan el autocuidado y confort; actividad y reposo: es la disposición de energía que tiene el paciente para realizar las acciones de autocuidado y el tiempo necesario para cuidarse y descansar; consumo de alimentos: si el paciente realiza cambios alimenticios para mantener su peso adecuado; promoción del funcionamiento y desarrollo personal: se refiere a la autonomía que tiene el paciente para cuidarse como le gusta frente a situaciones que dificultan la movilidad (31).

En el proceso de envejecimiento el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se hace cada vez más urgente la incorporación del autocuidado como una estrategia explícita y permanente en los modelos de atención en salud. Se hace importante realizar modificaciones activas en la conducta y estilos de vida que pueden llevarse a cabo con un costo mínimo para el paciente. Es aquí cuando cobra un real significado el concepto de autocuidado, en el cual las personas requieren desarrollar habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud (11).

Después de la revisión de algunos marcos conceptuales se recalca algunos trabajos de investigación:

Alva y/ cols (2015) Perú en su estudio “Nivel de información y Estrategias de Afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo – 2015”, en una muestra de 52 adultos, reporto que el nivel de estrategias de afrontamiento de los adultos con diabetes mellitus tipo II fue alto en un 35%, medio en el 59% y bajo en el 6% de adultos.

Herrera y cols (2012). Colombia en su estudio “Personas con diabetes mellitus tipo II y su capacidad de agencia de autocuidado. Cartagena”, en una muestra de 425 pacientes diabéticos reportaron que, el 73.8% obtuvo un alto nivel de capacidad de autocuidado y el 1.3% nivel bajo.

Contreras y cols (2013). Colombia en su estudio “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo”, encontraron en una muestra 166 pacientes, el 88.89% presento una capacidad de autocuidado medio y el 11.11% presento capacidad de autocuidado alto.

Alayo y/ cols (2013) Perú en su estudio “Nivel de Conocimiento y Práctica de Autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo II. Hospital I Florencia mora. Trujillo”, encontraron en una muestra de 84 adultos, que el 85.7% tuvo práctica de autocuidado bueno, el 14.3% regular y el 0% malo.

### **1.3 HIPOTESIS:**

Hi: Existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II.

Ho: no existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II.

## II. MATERIAL Y METODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, correlacional porque busco determinar la relación entre las variables en estudio, y de corte transversal porque la recolección de los datos fue en un tiempo único.

M: X1 → X2

#### Donde:

M = Paciente diabético tipo II

X1 = Estrategias de afrontamiento

X2 = Capacidad de autocuidado

### 2.2. POBLACIÓN:

El presente estudio estuvo constituido por pacientes diabéticos tipo II que acudieron a la estrategia de no transmisibles y a consultorios externos del Hospital Belén de Trujillo, durante los meses de mayo-junio del 2017.

### 2.3. MUESTRA:

Estuvo constituida por 113 pacientes diabéticos que cumplieron con los criterios de inclusión y que asistieron regularmente a la estrategia de no transmisibles y consultorios externos del Hospital Belén de Trujillo.

Para el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para poblaciones Finitas, que tiene la siguiente expresión.

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

#### **Dónde:**

N: tamaño poblacional

Z: Valor tabular de la distribución normal estandarizada para un nivel de significancia del 5%

p: proporción de las unidades de análisis con una de las características de interés.

q: 1-p

E: Error permisible.

#### **Para el estudio:**

N= 160 pacientes diabéticos tipo II

Z = 1.96

p= 0.5 (para obtener la muestra máxima)

q= 0.5

E = 0.05

Remplazando en la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5).(0.5).160}{0.05^2 (160 - 1) + 1.96^2 (0.5).(0.5)} = 113$$

**Criterios de Inclusión:**

Pacientes adultos diabéticos con un año de enfermedad, que acudieron a la estrategia de no transmisibles y consultorios externos del hospital Belén de Trujillo.

**Criterios de Exclusión:**

Pacientes diabéticos que no desearon participar en el estudio, y que presentaron complicaciones y/o comorbilidades.

**2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Cada uno de los adultos diabéticos tipo II, que acudieron al programa de estrategias de no transmisibles y consultorios externos.

## **2.5. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

### **2.5.1. Variable dependiente:** Capacidad de autocuidado

#### **Definición conceptual:**

“Habilidad que es desarrollada en el transcurso de la vida por medio de un proceso de aprendizaje” (24).

#### **Definición operacional:**

Se valoró a través de la siguiente escala:

- Nivel de Capacidad de autocuidado alto: 45 – 57 puntos
- Nivel de Capacidad de autocuidado medio: 32 – 44 puntos
- Nivel de Capacidad de autocuidado bajo: 19 – 31 puntos

**Tipo de variable:** cuantitativa

**Tipo de escala:** nominal

## **2.5.2. Variable independiente: Estrategias de afrontamiento**

### **Definición conceptual:**

“Características o conductas en curso que tienen las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (19).

### **Definición operacional:**

Se valoró a través de la siguiente escala:

- Nivel de Estrategia de afrontamiento alto: 33 – 42 puntos
- Nivel de Estrategia de afrontamiento medio: 24 – 32 puntos
- Nivel de Estrategia de afrontamiento bajo: 14 – 23 puntos

**Tipo de variable:** cuantitativa

**Tipo de escala:** nominal

## **2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.6.1. PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La recolección de datos se realizó durante los meses de mayo-junio del 2017, previamente se envió los documentos necesarios a la unidad de docencia e investigación del Hospital Belén de Trujillo, también se coordinó con la jefa de departamento de enfermería y con la enfermera responsable de la estrategia sanitaria no transmisibles, para el permiso respectivo para la recolección de datos. Se identificaron a los participantes en estudio; a quienes se les explicó el propósito del estudio, como prueba de su aceptación firmaron una hoja de consentimiento informado. (Anexo N° 1), luego se procedió a leer cada uno de los ítems de los instrumentos además proporcionamos educación sobre los cuidados de la enfermedad, con un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos por paciente. Se capturaron de lunes a sábado de 8am a 12pm.

El primer instrumento: “Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento” (Anexo N°2), para determinar las estrategias de afrontamiento, elaborado por Carver (1997) y modificado por las autoras de la presente investigación, el cual fue sometido a la técnica de correlación de Pearson con la corrección Spearman Brown para medir su confiabilidad (Anexo n°4); el mismo que consta de 14 subescalas: de un ítem cada una, que responde a la escala tipo Likert de tres alternativas de respuesta (de 1 a 3), pudiéndose obtener un máximo de 42 puntos y el mínimo de 14 puntos. Clasificándose los resultados totales en tres niveles: alto, medio y bajo; los pacientes fueron escogidos durante el turno de la mañana de manera aleatoria,

El segundo instrumento: “Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA)” (Anexo N°3), para determinar la capacidad de autocuidado, en su segunda versión en español fue desarrollada por la profesora Edilma de Reales y modificado por las autoras de la presente investigación, el cual fue sometido a la técnica de correlación de Pearson con la corrección Spearman Brown para medir su confiabilidad (Anexo n°4) ; el mismo que consta de cinco dimensiones como interacción social: 12; bienestar personal: 2,4,5,7,8,14,15,16, 17 y 21; actividad y reposo: 3, 6, 11 y 13; consumo de alimentos: 9; promoción del funcionamiento y desarrollo personal: 1, 10, y 24. Propone 19 ítems, que responde a la escala tipo Likert de tres alternativas de respuesta (de 1 a 3) siendo el puntaje máximo de 57 puntos y el puntaje mínimo de 14 puntos. Clasificándose los resultados totales en tres niveles: alto, medio y bajo; los pacientes fueron escogidos durante el turno de la mañana de manera aleatoria.

#### **2.6.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS:**

Los resultados se ilustran mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en el trabajo de investigación. La asociación de las variables se realizó mediante la prueba Chi cuadrado y se consideró como nivel de significancia ( $p < 0.05$ ).

### **2.6.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS:**

Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando el software SPSS versión 22.0.

### **2.7. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SUJETOS HUMANOS:**

Se tuvo la aceptación voluntaria por parte de los pacientes diabéticos mediante consentimiento informado, a quienes previamente se les explico los objetivos y el propósito de la presente investigación y se tuvo en cuenta los criterios de inclusión.

Se mantuvo en total confidencialidad la información proporcionada para la investigación, así mismo se le garantizo en todo momento el anonimato de su participación en la presente investigación. (ANEXO N°1)

# **III. RESULTADOS**

**TABLA N°1**

**NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE DIABÉTICO  
TIPO II EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-2017**

<b>ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	0	0.0
<b>Medio</b>	40	35.4
<b>Alto</b>	73	64.6
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Aplicación del cuestionario de estrategias de afrontamiento realizado en consultorios externos- estrategia de daños no transmisibles del mes mayo – junio, 2017.

**TABLA N°2**

**NIVEL DE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE DIABÉTICO TIPO II  
EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-2017**

---

<b>CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Bajo</b>	1	0.9
<b>Medio</b>	43	38.1
<b>Alto</b>	69	61.0
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

---

Fuente: Aplicación de la Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado realizado en consultorios externos- estrategia de daños no transmisibles del mes mayo – junio, 2017.

**TABLA N°3**

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL  
PACIENTE DIABÉTICO TIPO II EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-2017**

<b>CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO</b>	<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO</b>						<b>TOTAL</b>	
	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>		
<b>Bajo</b>	0	0.0	1	2.5	0	0.0	1	0.9
<b>Medio</b>	0	0.0	28	70.0	15	20.5	43	38.1
<b>Alto</b>	0	0.0	11	27.5	58	79.5	69	61.0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Grados de libertad: 2     $\alpha$ : 0.05    Chi cuadrado de Pearson: 28.854    p: 0.000

Fuente: Aplicación del cuestionario de estrategias de afrontamiento y Escala para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado realizado en consultorios externos- estrategia de daños no transmisibles del mes mayo – junio, 2017.

## IV. DISCUSIÓN

**En la tabla N° 1:** Se observa el nivel de estrategias de afrontamiento del paciente diabético tipo II, donde el 64.6% presentó nivel de estrategia de afrontamiento alto, el 35.4% nivel de estrategia de afrontamiento medio y el 0% nivel de estrategia de afrontamiento bajo.

Estos resultados difieren al estudio realizado por Alva y cols en el 2015, donde reportaron, que el nivel de estrategias de afrontamiento de los adultos con diabetes mellitus tipo II fue alto en un 35%, medio en el 59% y bajo en el 6% de adultos.

Los resultados obtenidos podrían deberse a que algunos pacientes diabéticos encuestados presentan muchos años con la enfermedad, por lo tanto, tienen una mayor capacidad de adaptación es decir manejan la enfermedad de manera eficaz, pues poseen mayor accesibilidad a la información, conocimientos y desarrollan mejores habilidades de autocuidado además manejan los estresores de manera efectiva es decir buscan y consiguen que alguien les ayude o aconseje, proponen una alternativa de solución al problema, aceptan su enfermedad, recurren a realizar otras actividades para alejar sus problemas, toman medidas para intentar que la situación mejore, no niegan creer su enfermedad, buscan el lado positivo del problema, no usan sustancias como alcohol o drogas, intentan encontrar consuelo en su religión, consiguen la comprensión y el consuelo de alguien, se ríen de la situación, expresan sus sentimientos negativos, no renuncian al problema, y no se echan la culpa de lo

que ha sucedido; en consecuencia presentan un afrontamiento adecuado; ya que se evidencia en los resultados obtenidos el mayor porcentaje de estrategias de afrontamiento son altos.

**En la tabla N° 2:** Se observa que el nivel de la capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II, fue alto en un 61%, medio en el 38.1% y bajo en el 0.9%.

Estos resultados son similares al estudio realizado por Herrera y cols en Cartagena en el 2012, quienes investigaron la capacidad de autocuidado en una muestra de 425 pacientes diabéticos, reportando que, el 73.8% obtuvo un nivel alto y el 1.3% nivel bajo de capacidad de autocuidado.

Al mismo tiempo los resultados difieren con el estudio realizado por Contreras y cols en Colombia en el 2013, en una muestra 166 pacientes, encontraron que el 88.89% presento una capacidad de autocuidado medio y el 11.11% presento capacidad de autocuidado alto.

Este resultado podría deberse a que la prestación de servicios basados en la atención y el seguimiento de los pacientes diabéticos han mejorado tanto en la educación y en las prácticas de autocuidado evidenciándose en las consecutivas sesiones educativas realizadas por la estrategia de daños no transmisibles, esto indica que la mayor parte de pacientes diabéticos han reforzado su capacidad de autocuidado como la implementación del uso de las terapias alternativas, otros han solicitado información necesaria y emprenden prácticas que optimicen su bienestar acerca de la alimentación y el tratamiento farmacológico, examinan su cuerpo con mayor

importancia, pero en cuanto a la capacidad de resolución de problemas algunos pacientes diabéticos presentan dificultades y esto se debe que sus conexiones de soporte familiar y social son débiles; al mismo tiempo presentan problemas en las formas de alimentación basadas en la cantidad, tipo, distribución y diferenciación de los alimentos que se puede deber a la falta de desconocimiento y desinterés por parte del paciente, algunos pacientes realizan ejercicios pero aún presentan dificultades a la hora de realizarlos como el tiempo y el tipo de ejercicios debido a la falta de motivación e importancia del mismo.

**En la tabla N° 3:** Se muestra la relación entre el nivel de estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabético tipo II. Encontramos 40 pacientes diabéticos tipo II que presentaron nivel de afrontamiento medio, de los cuales el 70% presento nivel de capacidad de autocuidado medio, el 27.5% alto y el 2.5% bajo; así mismo 73 pacientes diabéticos tipo II presentaron nivel de afrontamiento alto, de los cuales el 20.5% presento nivel de capacidad de autocuidado medio y el 79.5% alto; verificándose así que a mayor nivel de estrategias de afrontamiento es mayor el nivel de capacidad de autocuidado.

Estos resultados podrían deberse a que el paciente diabético es un ser adaptativo que busca solucionar las situaciones estresantes por lo cual utiliza estrategias de afrontamiento que le ayudarán a desarrollar habilidades de autocuidado basadas en la educación diabetológica, la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica, todo esto ayuda a manejar la enfermedad de manera eficaz buscando reducir las futuras complicaciones.

## V. CONCLUSIONES

1. El 64.6% de pacientes diabéticos tipo II presento nivel de estrategias de afrontamiento alto.
2. El 61% de pacientes diabéticos tipo II presento nivel de capacidad de autocuidado alto.
3. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de autocuidado del paciente diabéticos tipo II.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1.** Seguir capacitando e informando a los pacientes diabéticos de forma continua sobre su enfermedad, las posibles futuras complicaciones, y el manejo de estrategias de afrontamiento.
- 2.** Seguir realizando estudios de investigación referente a las estrategias de afrontamiento y capacidad de autocuidado.
- 3.** Reforzar el trabajo multidisciplinario, en cooperación con los servicios de medicina, psicología y enfermería, se debe realizar la derivación por los diferentes servicios al mismo tiempo fortalecer los recursos sociales disponibles, con el fin de incluir al paciente diabético recién diagnosticado y al paciente antiguo formar parte de la estrategia sanitaria de no transmisibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guillén C.D, Flores A.B, Aristizábal H.G. Viviendo con diabetes: una agri dulce experiencia. Revista CONAMED. 2016; 21(3): 21140-144.
2. Hurtado S.A, López C.M. Cuidados al paciente con alteraciones endocrinas. Editorial DAE 2012. Pag. 307
3. Nam H.C, whiting D, Forouhi N, Guariguata L, Hambleton I, Li R et al. Atlas de la Diabetes. FID [Internet]. 2015 [citado 20 Abril 2017]; 7(1): 11-50. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7zU5-LldkTMLUxLR3QyMGh2RIk/view>
4. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Noviembre 2016. [citado 20 abril 2017] Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
5. Ministerio de Salud – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención 2016 [citado 15 abril 2017] 1ra. edición: 10-12. Disponible: <https://drive.google.com/file/d/0B7zU5-LldkTMT3l2RIBTOHcwbXc/view>
6. Ministerio de Salud-Boletín Epidemiológico del Perú. La diabetes mellitus como tema central del Día Mundial de la Salud 2016; [citado 15 abril 2017] Pág. 297 – 298. Disponible: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/15.pdf>
7. Ministerio de Salud. Situación de la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en establecimientos de salud. 2016. [citado 15 abril 2017] Disponible: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE022017/02diabetes.pdf>
8. Del Castillo A.A; Morales T.O; Solano S.G. Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. 2013; 3(1): 24-30.
9. Rondón J. E., Lugli Z. Efectos del tipo de diabetes, Estrategias de Afrontamiento, Sexo y Optimismo en el Apoyo Social. Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica, 2013; 18(3): 193-207
10. Vázquez V.C; Crespo L.M; Ring M.J. Estrategias de afrontamiento [citado 15 abril 2017] Disponible: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion->

comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-  
psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file

11. Herrera I.A. Capacidad de Agencia de Autocuidado de los pacientes Hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III Nivel de Atención de la Ciudad de Cartagena. Universidad de Cartagena facultad de Enfermería Cartagena 2014. [citado 15 abril 2017]
12. Herrera L.A; Andrade H.Y; Hernández S.O; Manrique M.J; Faria C.K; Machado R. M. Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, Cartagena. Avances en Enfermería. 2012; 30(2): 39-46
13. Márquez R.S. Actividad Física y Salud: Capítulo 22 Diabetes Mellitus y Ejercicio Físico. 2013. [citado 20 abril 2017] Ediciones Díaz Santos. Pág.: 345-348. Disponible:  
[https://books.google.com.pe/books?id=isxZr7nS2n8C&pg=PA345&dq=diabetes+mellitus+tipo+2&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=isxZr7nS2n8C&pg=PA345&dq=diabetes+mellitus+tipo+2&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
14. Noa Á.L; Chang S.M. Factores de riesgo y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Multimed 2013; 17(2): 1-19.
15. Cervantes V.R; Presno B.J. Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2013; 21 (3): 98-106
16. Alva R.L; Baca A.S. Nivel de Información y Estrategias de Afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo– 2015 [ Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015
17. Arreola C.A. “Malestar Emocional, Estrategias de Afrontamiento y Control Metabólico en Pacientes con Diabetes Tipo 2” [Tesis para optar el Título de maestro en ciencias biomédicas y de la salud] México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2012
18. Macías M.A, Madariaga O.C, Valle A.M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. 2013; 30(1): 123-145.
19. Moran C, Landero R, González M. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. Universitas Psychologica. 2010; 9 (2), 543-552.

20. Gutiérrez L.C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Revista de Investigaciones*. 2009; 6(12): 201-213
21. Rodríguez R.I. Nivel de adaptación y afrontamiento en los pacientes con Accidente Cerebro Vascular, tras valorar las respuestas humanas aplicando el Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Nuber Científ.* 2013;2(10): 47-54
22. Gamboa C.C. "Percepción del paciente con diabetes mellitus tipo II sobre su calidad de vida. Programa de diabetes del hospital Nacional Dos de Mayo 2013" [ Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2014
23. Jiménez L.R; Hernández L.C; Nava N.V; Báez H.F. Adaptación fisiológica en personas con antecedente heredofamiliar de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2014;22(2):81-4
24. Rodríguez G.M; Arredondo H.E; Salamanca A.Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Rev. Enferm.glob.* 2013; 12(30): 1-12
25. Contreras O.A; Contreras M.A; Hernández B.C; Castro B.M; Navarro P.L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia. *Investigaciones andinas* 2013; 15 (26): 108
26. Alayo y/ cols Perú en su estudio "Nivel de Conocimiento y relación con la práctica de Autocuidado en adultos con diabetes mellitus tipo 2 Hospital Florencia de Mora-Essalud Trujillo– 2013 [ Tesis para obtener el título profesional de Enfermería] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, 2015
27. Achury B.L; Achury S.D; Rodríguez C.M; Padilla V.M; Leuro U.G; Soto R.J y cols. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investig.Enferm.* 2012; 14(2): 61-83.
28. Cabrera C.M; Gómez G.K. Agencia de autocuidado y su relación con la adherencia al tratamiento en funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificable 2014. [ Trabajo de investigación para obtener el título profesional de Enfermería] Colombia: Universidad Católica de Manizales Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Enfermería Manizales, 2014
29. Reyes S.F; Pérez A.M; Alfonso F.E; Ramírez E.M; Jiménez R.Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. *CCM*, 2016; 20(1)

30. Hermosilla Á.A; Sanhueza A.O. Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Cienc. enferm.* 2015; 21 (1). versión On-line ISSN 0717-9553
31. Suarez R.R; Zapata S.I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el hospital Huaycán, Lima, 2015. *Revista científica de ciencias de la salud* 8:2 2015.
32. Fonseca C.P; Jinez L.J; Zavala I.C. Apoyo educativo y su influencia en el autocuidado del adulto con obesidad. *Artículo científico Waxapa*, 2012; 1(6): 10-21
33. Díaz O.A; Betancourt E.C; Cheverría R.C; Rodríguez P.M; Gonzales A.C. diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. *Revista Iberoamericana de producción académica y gestión educativa.* 2014 ISSN 2007-8412
34. Riffo L.S; Salazar M.A. Aplicación del proceso de enfermería según el modelo de Roy en pacientes con diabetes mellitus. *Enfermería Global* N°14, 2008: 1-13
35. Orta G.M; Vásquez H.G; Ponce D.J; Ponce D.M; Neto B.C; Palanco G.E. proceso de atención de enfermería: modelo de Sor Callista Roy. 2001 [citado 20 abril 2017] Pág. 495-498. Disponible: <http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emibold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

## ANEXO N°1



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificada (o) con DNI N° \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación, después de haber recibido la información por los Bachilleres en Enfermería Jackeline Fernandini y Wenne Pompa; acepto ser entrevistado(a) y llenar los instrumentos, con el fin de contribuir a la investigación sobre Estrategias de Afrontamiento y Capacidad de Autocuidado del Paciente Diabético. Hospital Belén de Trujillo - 2017: siendo importante la participación de mi persona para que el Profesional de Salud a cargo, aplique una encuesta para contribuir en el trabajo de investigación señalado. Confirmando que he recibido explicaciones tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO: Que he entendido y estoy satisfecho (a) de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación y OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que sea realizada la encuesta a mi persona.

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL ENTREVISTADO**

Trujillo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

## ANEXO N°2



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

### **CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

**Autor: Carver (1997)**

**Modificado:** Fernandini Ch. y Pompa A.

**INSTRUCCIONES:** estimado (a) usuario (a) a continuación le presentamos el siguiente cuestionario para evaluar el nivel de estrategias de afrontamiento, basándose en como maneja y resuelve una situación estresante. Después de leer cada afirmación debe marcar con una equis (x) a una de las alternativas de respuesta: nunca, a veces, siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas correctas e incorrectas.

La puntuación de los ítems correspondientes son las siguientes:

- ✓ Siempre: 3 puntos
- ✓ Casi nunca: 2 puntos
- ✓ Nunca: 1 punto

<b>ITEMS</b>	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.			
2. Intento proponer una alternativa de solución sobre qué hacer.			
3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido			
4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.			
5. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.			

6. Me niego a creer que haya sucedido.			
7. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.			
8. Utilizo el alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor			
9. Intento encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales			
10. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien			
11. Me rio de la situación.			
12. Expreso mis sentimientos negativos			
13. Renuncio al intento de hacer frente al problema			
14. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.			

**De acuerdo al puntaje total obtenido:**

- ✓ Nivel de Estrategia de afrontamiento alto: 33 – 42 puntos
- ✓ Nivel de Estrategia de afrontamiento medio: 24 – 32 puntos
- ✓ Nivel de Estrategia de afrontamiento bajo: 14 – 23 puntos

## ANEXO N°3



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE**  
**AUTOCUIDADO**

**Autor: Edilma de Reales (1998)**

**Modificado:** Fernandini Ch. y Pompa A.

**INSTRUCCIONES:** estimado (a) usuario (a) a continuación le presentamos la siguiente escala para evaluar la capacidad de autocuidado a continuación, se presenta una lista de enunciados, que son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismo en su vida cotidiana. Después de leer cada uno de ellos, marque con una equis (x) a una de las alternativas de respuesta (nunca, a veces, siempre) que mejor lo describe como usted es. No hay respuesta correcta e incorrecta.

La puntuación de los ítems correspondientes son las siguientes:

- ✓ Siempre: 3 puntos
- ✓ Casi nunca: 2 puntos
- ✓ Nunca: 1 punto

	Nunca	A veces	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.			
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas			

3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme yo hago los arreglos para conseguir ayuda.			
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo			
5. Para mantenerme con salud yo pongo en primer lugar lo que sea necesario hacer			
6. No me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.			
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora			
8. Para mantenerme limpio cambio la frecuencia con que me baño			
9. Yo puedo alimentarme de manera tal que se mantenga mi peso correcto.			
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo manejo de manera tal que pueda seguir tal como soy.			
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.			
12. Cuando necesito ayuda recurro a mis amigos de siempre.			
13. duermo lo suficiente como para sentirme descansado (a)			
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo			
15. examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.			

16. He sido capaz de cambiar hábitos que los tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.			
17. Si tengo que tomar una nueva medicina busco información sobre los efectos secundarios indeseables.			
18. Si mi salud se ve afectada busco la información necesaria sobre qué hacer			
19. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.			

**De acuerdo al puntaje total obtenido:**

- ✓ Nivel de Capacidad de autocuidado alto: 45-57 puntos
- ✓ Nivel de Capacidad de autocuidado medio: 32-44 puntos
- ✓ Nivel de Capacidad de autocuidado bajo: 19 -31 puntos

## ANEXO N°4

### CONFIABILIDAD

La fiabilidad de un test se refiere a la consistencia interna de sus preguntas, a la mayor o menor ausencia de errores de medida. Un test confiable significa que si lo aplicamos por más de una vez a un mismo elemento entonces obtendríamos iguales resultados.

#### MÉTODO UTILIZADO

Entre los métodos aceptados para medir la fiabilidad está el de las dos mitades o Split-half, que consiste en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de cada factor (par e impar) de los elementos, y luego corregir los resultados según la fórmula de Spearman- Brown,

Utilizando el método de las dos mitades y aplicada a 20 unidades de análisis con similares características de la población de estudio, Las valoraciones de confiabilidad para los instrumentos utilizados fueron:

- **Para el instrumento que mide el nivel de estrategias de Afrontamiento**, obtuvo un r-pearson =0.546, y que al aplicar la Corrección de Spearman-Brow presentó los siguientes resultados:  $R_{s-b}= 0.706$  el valor  $p= 0.0127(*)$ .
- **Para el Instrumento que mide La capacidad de Autocuidado**, obtuvo un r-pearson = 0.763, y que al aplicar la Corrección de Spearman-Brow presentó los siguientes resultados:  $R_{s-b}= 0.866$  el valor  $p= 0.000089(**)$ .

Según los resultados obtenidos se afirma que los instrumento presenta Confiabilidad Interna significativa para el instrumento de estrategias de Afrontamiento y Altamente Significativa para Capacidad de Autocuidado. (VER LOS REPORTE DE SALIDA)

**REPORTE DE SALIDA: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de corr. R	0.546188 6
Coeficiente de det. R <sup>2</sup>	0.298322 0
R <sup>2</sup> ajustado	0.259339 9
Error típico	1.102833 5
Observaciones	20

Corrección Spearman-Brown
<b>0.706</b>

**ANÁLISIS DE VARIANZA**

<i>F. de V.</i>	<i>G. de L.</i>	<i>S. de C.</i>	<i>C. de M.</i>	<i>Fc</i>	<i>Valor P</i>
Regresión	1	9.307648 7	9.3076487	7.652795 0	0.012719 9
Residuos	18	21.89235 1	1.2162417 4		
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>31.2</b>			

**REPORTE DE SALIDA: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de corr. R	0.76341093
Coeficiente de det. R <sup>2</sup>	0.58279625
R <sup>2</sup> ajustado	0.55961827
Error típico	1.78974793
Observaciones	20

<b>Corrección Spearman-Brown</b>
<b>0.866</b>

**ANÁLISIS DE VARIANZA**

<i>F. de V.</i>	<i>G. de L.</i>	<i>S. de C.</i>	<i>C. de M.</i>	<i>Fc</i>	<i>Valor P</i>
Regresión	1	80.5424421	80.5424421	25.1443871	8.999E-05
Residuos	18	57.6575579	3.20319766		
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>138.2</b>			

La presente firma es para dar fe de los cálculos realizados.

**JOSÉ ANTONIO CASTAÑEDA VERGARA**  
**DNI: 19096621**  
**Ms. En estadística**  
**Dr. En educación.**

Jacv.

## ANEXO N°5

### DISTRIBUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	NIVEL	%
AFRONTAMIENTO ACTIVO	Bajo	8.0
	Medio	33.6
	Alto	58.4
TOTAL		100
PLANIFICACIÓN	Bajo	4.4
	Medio	36.3
	Alto	56.3
TOTAL		100
APOYO INSTRUMENTAL	Bajo	30.1
	Medio	46.9
	Alto	23.0
TOTAL		100
APOYO EMOCIONAL	Bajo	11.5
	Medio	20.4
	Alto	68.1
TOTAL		100
AUTODISTRACCIÓN	Bajo	0.9
	Medio	24.8
	Alto	74.3
TOTAL		100
DESAHOGO	Bajo	21.2
	Medio	46.9
	Alto	31.9
TOTAL		100
DESCONEXIÓN CONDUCTUAL	Bajo	56.6
	Medio	40.7

	Alto	2.7
TOTAL		100
REINTERPRETACIÓN POSITIVA	Bajo	2.7
	Medio	24.8
	Alto	72.6
TOTAL		100
NEGACIÓN	Bajo	14.2
	Medio	31.9
	Alto	54.0
TOTAL		100
ACEPTACIÓN	Bajo	5.3
	Medio	20.4
	Alto	74.3
TOTAL		100
RELIGIÓN	Bajo	7.1
	Medio	14.2
	Alto	78.7
TOTAL		100
USO DE SUSTANCIAS	Bajo	90.3
	Medio	9.7
	Alto	0.0
TOTAL		100
HUMOR	Bajo	42.5
	Medio	31.9
	Alto	25.7
TOTAL		100
AUTO INCULPACIÓN	Bajo	50.4
	Medio	34.5
	Alto	15.0
TOTAL		100

Fuente: Cuestionario de estrategias de afrontamiento

## ANEXO N°6

### DISTRIBUCION DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	NIVEL	%
INTERACCION SOCIAL	Bajo	8.0
	Medio	69.0
	Alto	23.0
TOTAL		100.0
BIENESTAR PERSONAL	Bajo	7.1
	Medio	57.5
	Alto	35.4
TOTAL		100.0
ACTIVIDAD Y REPOSO	Bajo	2.7
	Medio	69.0
	Alto	28.3
TOTAL		100.0
CONSUMO DE ALIMENTOS	Bajo	15.9
	Medio	31.9
	Alto	52.2
TOTAL		100.0
PROMOCIÓN, FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL	Bajo	3.5
	Medio	40.7
	Alto	55.8
TOTAL		100.0

Fuente: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado