

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



NIVEL DE INFORMACION Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
TRUJILLO – 2015

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. Linda Eliana Alva Rodríguez.

Bach. Susana Lizbeth Baca Aquino.

ASESORA:

Dra. Enf. Isabel Cristina Príncipe León

TRUJILLO-PERÚ

2015

DEDICATORIA

*A mis padres **Elías y Carmen**, por su constante amor, entrega y dedicación; este logro es por ustedes y ser el pilar fundamental, por su incondicional apoyo y motivarme adelante,*

*En memoria de mi abuela **Audina Alva**: Por la educación que me diste como persona y porque gracias a ti inicie este gran logro. Ahora eres una luz en mi vida. Esto también te lo debo a ti.*

*A mi hermano **Ángel**: Por su ejemplo de quien aprendí a superar momentos difíciles; y a todos aquellos que me apoyaron en el transcurso de mi carrera. Mi sobrina **Carmen Victoria**: Para que veas en mí un ejemplo a seguir. Te quiero mucho.*

LINDA.

DEDICATORIA

*En memoria de mi padre **Marco Antonio**, que desde el cielo me brinda luz y fuerzas para seguir adelante, y que siempre lo he sentido presente en mi vida. Así mismo a mi madre **Cecilia**, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida; y porque el orgullo que sientes por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.*

*A mis abuelos **Luis A. y Manuela**, Porque creyeron en mí y me sacaron adelante, dándome ejemplo digno de superación y entrega, y hoy puedo ver alcanzada mi meta.*

A mis hermanos y sobrinos: Cuyo amor y ternura inspiraron cada noche de desvelo, con miras a llegar a representar en ellos una fuente de apoyo.

SUSANA.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su amor infinito; por darnos la fortaleza y perseverancia que necesitábamos para sobrellevar cada obstáculo, permitiéndonos llegar a esta etapa de nuestra vida.

A la Universidad Privada Antenor Orrego, especialmente a la Escuela Profesional de Enfermería por formar profesionales ampliamente competitivos preparados para enfrentarnos en cualquier ámbito de nuestro país en nuestra labor como enfermeras, haciendo de nosotras personas de con gran intelecto y con un espíritu de servicio.

A nuestra asesora Mg. Enf. Isabel Príncipe León, un sincero agradecimiento por sus conocimientos transmitidos y su valiosa orientación y aporte en la elaboración del presente estudio.

LINDA Y SUSANA

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
TABLA DE CONTENIDO	v
INDICE DE TABLA	vi
INDICE DE GRÁFICO	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCION.....	10
II. MATERIAL Y METODOS	36
III. RESULTADOS.....	43
IV. DISCUSION.....	50
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. RECOMENDACIONES.....	55
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS:.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

TABLA N° 01

NIVEL DE INFORMACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO – 2015..... 44

TABLA N° 02

NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015..... 46

TABLA N° 03

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015..... 48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

GRAFICO N° 01

NIVEL DE INFORMACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015..... 45

GRAFICO N° 02

NIVEL DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015..... 47

GRAFICO N° 03

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015 49

RESUMEN

El presente estudio es tipo descriptivo, correlacional, transversal, se llevo a cabo esta investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de información y estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015. La muestra estuvo constituida por 52 adultos con diabetes mellitus según criterios de inclusión y exclusión establecidos; las variables a investigar fueron el nivel de información y el nivel de estrategias de afrontamiento para su enfermedad; encontrando que el nivel de información de los adultos con diabetes mellitus tipo II en el Hospital Regional Docente de Trujillo fue bueno en el 69%, regular en el 25% y malo en el 6%, por otro lado el nivel de estrategias de afrontamiento de los adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo fue alto en el 35%, medio en el 59% y bajo en el 6% de adultos; concluyendo que existe relación significativa ($P < 0.01$) entre el nivel de información y el nivel de estrategias de afrontamiento de los adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo, según la prueba de Chi Cuadrado.

Palabras Clave: Nivel de informacion, nivel de afrontamiento, diabetes mellitus.

ABSTRACT

This research is a study of descriptive, correlational, cross type. It was carried out an investigation in order to determine the relationship between the level of information and coping strategies in adults with diabetes mellitus type II Regional Hospital of Trujillo 2015. The sample consisted of 52 adults with diabetes according to inclusion and exclusion criteria established; to investigate variables were the level of information and the level of coping strategies for disease; It found that the level of information to adults with diabetes mellitus type II in the Regional Hospital of Trujillo was good in 69%, fair in 25% and poor in 6% for other side the level of coping strategies adults with diabetes mellitus type II Regional Hospital of Trujillo was high at 35%, medium in 59% and under 6% of patients; concluding a significative relation ($P < 0,01$) between the level of information and the level of coping of adults with diabetes mellitus type II Trujillo Regional Teaching Hospital, for Chi Cuadrado test.

Keywords: Level information, coping level, diabetes mellitus.

INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos. La base de todas las alteraciones metabólicas es la acción deficiente de la insulina sobre los tejidos blanco. Esto último se debe a la secreción inadecuada de insulina o a la disminución de la respuesta tisular en alguno de los distintos puntos de la compleja vía de la hormona. (3) (11)

Las nuevas estimaciones muestran una tendencia creciente de diabetes en personas cada vez más jóvenes, una tendencia que es muy preocupante para las futuras generaciones. De seguir los patrones demográficos actuales, más de 592 millones de personas estarán afectadas de diabetes en una generación. Esta cifra sólo tiene en cuenta los cambios en la población y los patrones de urbanización, y es casi seguro que se quedará corta. Las estimaciones de la diabetes tipo 1 en los jóvenes también muestran aumentos inexplicables y rápidos en varias regiones, junto con el aumento de la diabetes tipo II en poblaciones de más edad. (13)

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (30)

Los cálculos más recientes de la Federación Internacional de Diabetes indican que el 8,3% de los adultos –382 millones de personas– tienen diabetes, y el número de personas con la enfermedad se incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años. Sin embargo, con 175 millones de casos no diagnosticados actualmente, una gran cantidad de personas con diabetes van a desarrollar progresivamente complicaciones de las que no son conscientes. Por otra parte, con el 80% del número total de afectados que viven en países de ingresos medios y bajos, donde la epidemia se está acelerando a un ritmo alarmante, así las últimas cifras del Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes proporcionan una indicación preocupante del impacto futuro de la diabetes como una de las principales amenazas para el desarrollo mundial. (13)

La diabetes tipo II es el tipo más común de diabetes en el adulto, millones de estadounidenses han recibido un diagnóstico de diabetes tipo II, y muchos más desconocen que tienen un alto riesgo de tenerla. Algunos grupos tienen mayor riesgo de tener diabetes tipo II. Este tipo es más común en afroamericanos, latinos/hispanos, indígenas americanos, estadounidenses de origen asiático, nativos de Hawái y otros isleños del Pacífico, como también entre las personas mayores. (4)

En la actualidad, hay 15 millones de personas con diabetes en Latinoamérica y en 10 años serán 5 millones más, un aumento mayor del esperado de acuerdo al crecimiento poblacional. Los retos que enfrenta América Latina con respecto al tratamiento de la diabetes y otras enfermedades crónicas, son el resultado de la

interacción de los factores socioeconómicos de la zona, su variedad de culturas y tradiciones y la cantidad limitada de recursos destinada a salud, así como la raza, el cambio en los estilos de vida y el envejecimiento de la población. (19)

Con respecto al envejecimiento de la población, el crecimiento de adulto mayor de 60 años en Estados Unidos no supera el 0.5%, mientras que en Latinoamérica se afronta cifras del 3 al 4%; la importancia de esto radica en que la prevalencia de la diabetes aumenta con la edad, por lo que, una población más vieja, significa una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que ejercen un gran peso y alto costo para el país (la prevalencia de diabetes tipo II en menores de 30 años es menor del 5%, comparado con más del 20% en mayores de 60). (19)

Aproximadamente 1.5 millones de peruanos padecen de diabetes mellitus según la Federación Internacional de la Diabetes (IDF); son personas que deberían recibir un tratamiento adecuado para controlar esta enfermedad crónica que si no es bien tratada y controlada podría generar complicaciones y hasta la muerte, cerca de la mitad de personas que padecen este mal desconoce que tiene la enfermedad, situación preocupante según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles del Ministerio de Salud. (27)

Según informe del Ministerio de Salud – Oficina General de Estadísticas e Informática los casos de diabetes mellitus desde Enero a Abril del 2014 ascienden a un total de 67,457 casos en el Perú, de los cuales 37,269 corresponden a la tipo II; de estos en Lima se encontraron un total de 13,143 casos, mientras que en La

Libertad se notificaron un total de 1,523 casos diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo II. (26)

Para mejorar el control de la diabetes y reducir la frecuencia de sus complicaciones crónicas, debe incorporarse la educación y prevención a la población como parte de la atención médica, además, en la atención se debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio familiares, como la estructura y organización familiar y la capacidad del adulto para tomar decisiones. (27)

La diabetes mellitus requiere de toda una vida de conductas de autocontrol especiales. En virtud de que la dieta, la actividad física y el estrés físico y emocional afectan en la evolución de la enfermedad, los adultos deben aprender a equilibrar múltiples factores. Deben aprender las habilidades del cuidado personal cotidiano para prevenir fluctuaciones de la glucemia y también incorporar a su estilo de vida muchos comportamientos preventivos para evitar las complicaciones de largo plazo de la diabetes. (8)

Ante un diagnóstico tan temido y la mayoría de las veces inesperado, se suele reaccionar con temor, ansiedad o depresión, estados que de por sí, acompañarán a muchos pacientes el resto de su vida. Y no es para menos, si se considera la asociación causal de la diabetes: ceguera, amputaciones, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, etc. Algunos estudios indican que casi todos los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes presentan una respuesta emotiva

intensa caracterizada por depresión y que más del 30% de los pacientes diabéticos sufren durante su vida de cuadros depresivos. (17)

Otra de las formas comunes de reaccionar ante el diagnóstico es con el mecanismo de defensa de “negación” de la enfermedad. Este tipo de respuestas emocionales al diagnóstico de diabetes son muy comunes y los pacientes pueden presentar más de una, por lo cual el proceso de aceptación, concluiría cuando el paciente es consciente plenamente de que adolece de una patología que merece atención y cuidados. (17)

Diversas investigaciones señalan que, pese a conocer las pautas de tratamiento, la mayoría de los pacientes con diabetes tiene dificultades para seguirlo ininterrumpidamente (en especial: el ejercicio físico, el autoanálisis de glucosa y el cumplimiento de la dieta). En un estudio de Bazata (2008), encontró que la mayoría de los pacientes no trasladaba sus conocimientos a conductas. Por lo tanto, surge la importancia del aspecto emocional vinculado con la actitud para afrontar la cronicidad y aceptar un nuevo estilo de vida. De esta manera, la postura frente a la enfermedad minimiza o incrementa el impacto en el mundo familiar y laboral del paciente. (5)(7)

La falta de aceptación de una enfermedad conduce a que no se tomen las medidas necesarias para su adecuado control y tratamiento. En ocasiones, incluso se pueden adoptar conductas autolesivas, por la forma de comer, beber o fumar. Una de las razones para no aceptar la enfermedad es que se suele asociar la

aceptación de la misma, como una aceptación de la derrota; o bien, se cree que ello abre la puerta para más enfermedades. En todo caso la persona actúa como si al negar la enfermedad, esta no existiera. (17)

Después de la revisión de algunos marcos conceptuales, cabe recalcar algunos trabajos de investigación como:

Jurado (2012) en Trujillo, investigó sobre las estrategias de afrontamiento y su relación con el autocontrol en pacientes adultos mayores con Diabetes, se realizó un estudio no experimental, como resultado se obtuvo que el 71% presentó un nivel de afrontamiento alto y el 76% un nivel de autocontrol alto. (20)

Méndez y Montero (2011) en Trujillo, investigaron las prácticas de autocuidado y su relación con el nivel de información sobre Diabetes Mellitus y el apoyo familiar percibido por adultos diabéticos Hospital Belén de Trujillo un estudio descriptivo correlacional de corte transversal donde los resultados mostraron que el nivel de información de los adultos con diabetes mellitus tipo II, fue regular en un 50.5%, bueno con un 41.8% y malo en un 7.7%. (24)

Bardales y Quispe (2009) en Trujillo, investigaron un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores biosocioculturales y nivel de información sobre diabetes mellitus tipo II en pacientes del programa de Diabetes Mellitus del

policlínico Essalud donde los resultados mostraron que el nivel de información fue adecuado en un 84.1% e inadecuado en un 15.9% (6)

Durante la vida se tienen cambios cuantitativos (estatura, peso) y cualitativos (carácter estructural u organizacional: inteligencia, memoria) que ocurren en el ser humano desde su concepción hasta su muerte lo que se conoce como desarrollo humano; la fase de desarrollo del adulto abarca los años comprendidos entre el final de la adolescencia y la muerte. La edad en la que se considera una persona es adulta depende de cómo se describa ese periodo de la vida, puede quedar definida por la marcha del hogar y el establecimiento de planes de vida propia. La madurez es el estado de máxima función e integración, o en el que el desarrollo es completo. Las personas maduras tienen una filosofía de la vida que les sirve de guía. (21) (25)

Así mismo el ser humano atraviesa por diferentes etapas de vida; según Erickson una de ellas es la etapa denominada “Edad madura” que comprende de 35 hasta los 65 años cuyo conflicto principal es la generatividad contra el ensimismamiento. El equilibrio hace sentirse responsables de lo que cada uno ha creado o producido, con el deseo de transmitir algo a las generaciones posteriores. La virtud que de ahí resulta es la capacidad de atención cuidadosa respecto a los otros, al mundo, a la vida. Si el problema del adolescente es:” ¿Quién soy (o quiero ser) yo?”, la cuestión que se plantea el adulto es:” ¿De quién me tengo que cuidar?”. El adulto siente la necesidad de que otros necesiten de él. (2)(12)

La incidencia de diabetes en la población no ha dejado de aumentar en las últimas décadas y lo seguirá haciendo especialmente en países emergentes, de modo que puede hablarse de una auténtica pandemia de proporciones alarmantes y que convierte a esta enfermedad en un problema sanitario de primera magnitud. Aunque la principal parece ser el incremento de la resistencia a la insulina que ocurre con la edad. En realidad el nivel de glucosa en la sangre en ayunas sube muy lentamente cuando uno envejece. Sin embargo, la glucosa después de las comidas aumenta mucho más rápidamente y eso es lo que da lugar al diagnóstico. (15) (39)

La diabetes mellitus es un síndrome que se caracteriza por una hiperglucemia sostenida en sangre, derivada de una insuficiente producción de insulina (diabetes mellitus tipo I) o de una mala asimilación en los órganos diana debido a trastornos en sus receptores específicos (diabetes mellitus tipo II). La falta de insulina en los tejidos puede provocar pérdida calórica, cetoacidosis e hiperosmolaridad, desarrollando polifagia, poliuria y polidipsia, y complicarse a enfermedades graves que pueden provocar coma y muerte. (34)

La diabetes mellitus tipo I afecta a alrededor de 5 a 10% de las personas con la enfermedad; se caracteriza por un inicio agudo, casi siempre antes de los 30 años de edad y por la destrucción de las células beta del páncreas. Se cree que los factores genéticos, inmunitarios y tal vez ambientales contribuyen combinados a la destrucción de las células beta. Cualquiera que sea la causa específica, la

destrucción de las células beta da lugar a una menor producción de insulina, producción de glucosa sin regulación por el hígado e hiperglucemia en ayunas. (8)

En los pacientes con diabetes mellitus tipo I, la ingesta de hidratos de carbono no induce a la inhibición de glucogénesis endógena, sino que está se sigue produciendo en el hígado, aumentando anormalmente los niveles de glucosa en sangre. El déficit de insulina dispara además la producción de hormona del crecimiento y de glucagón por falta de inhibición cruzada, lo que contribuye a aumentar todavía más la producción de glucosa. (34)

La diabetes mellitus tipo II (DM2) tiene principalmente un origen genético, aunque suele desencadenarse cuando se dan ciertas características propicias en el estilo de vida: obesidad, sedentarismo y dietas desequilibradas, suele desarrollarse en la edad adulta y la ancianidad. El cuadro clínico suele manifestarse lentamente y por ello pueden transcurrir muchos años antes de que se realice su diagnóstico clínico. (34)

La fisiopatología de la diabetes mellitus tipo II es compleja e implica la interacción de factores ambientales y genéticos. Se ha observado que varios factores ambientales desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, especialmente el consumo calórico excesivo que lleva a la obesidad y la vida sedentaria. Las personas con diabetes mellitus tipo II presentan tres alteraciones de forma constante: resistencia a la insulina en los tejidos periféricos, especialmente en el músculo y la grasa, pero también es el hígado; secreción

alterada de insulina, especialmente como respuesta al estímulo de la glucosa y producción aumentada de glucosa por el hígado. (22)

El tratamiento varía debido a cambios del estilo de vida y del estado físico y emocional, así como por los avances en los métodos de tratamiento. Por tanto, implica evaluación constante y modificaciones de los planes de tratamiento por profesionales de la salud y ajustes diarios por el paciente. Si bien el equipo de atención de la salud dirige el tratamiento, es el paciente quien debe arreglárselas para poner en práctica un completo régimen terapéutico. Por ellos, es indispensable la educación del paciente y de la familia como componente del tratamiento, y es tan importante como todos los demás componentes del régimen. (8)

La nutrición, la dieta y el control del peso constituyen los elementos fundamentales del tratamiento de la diabetes. El objetivo más importante del régimen alimenticio es controlar la ingesta total de calorías para lograr o mantener un peso corporal razonable y controlar los niveles de glucemia; basta con lograrlo para que se observe una reversión de la hiperglucemia en la diabetes tipo II, pero no es fácil alcanzar esta meta. (8)

La pérdida de peso puede ser un tratamiento muy eficaz en los pacientes con sobrepeso, diabetes mellitus tipo II y otros factores de riesgo cardiovascular y de hecho, se recomienda como tratamiento de primera línea. La reducción de peso puede desempeñar también un papel en la prevención de la diabetes mellitus tipo

II. Estos beneficios pueden conseguirse con pérdidas de tan sólo el 5 al 10% de peso. (22)

El ejercicio es uno de los pilares para el tratamiento de la diabetes debido que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina. También favorece la circulación sanguínea y el tono muscular. (8)

El paciente con diabetes debe aprender a ejercitarse a la misma hora (de preferencia cuando los niveles de glucosa en sangre alcanzan su máximo) y la misma cantidad cada día; se debe alentar la práctica diaria y regular, no la esporádica. El ejercicio recomendado tiene que modificarse según sea necesario para pacientes con complicaciones diabéticas como retinopatía, neuropatía autónoma, neuropatía sensoriomotora y enfermedad cardiovascular. El aumento de la presión arterial por el ejercicio agrava la retinopatía diabética y aumenta el riesgo de hemorragia en el humor vítreo o la retina. En general, se insta al paciente a prolongar poco a poco los periodos de ejercicio. Para muchos, la caminata es un ejercicio seguro y beneficioso que no requiere equipo especial (excepto zapatos adecuados) y que se puede hacer en cualquier parte. Las personas diabéticas analizaran un programa de ejercicio con su médico y se someterán a una evaluación médica cuidadosa con estudios, diagnósticos apropiados antes de comenzar un programa de ejercicio. (8)

La vigilancia de la glucemia es la piedra angular del control de la diabetes y la vigilancia de la glucemia por el paciente ha modificado espectacularmente la atención de la diabetes. La self-monitoring de la glucosa de la sangre (SMBG) frecuente permite a los diabéticos ajustar el régimen de tratamiento para lograr un control óptimo de la glucemia. Esto permite descubrir y prevenir hipoglucemia e hiperglucemia y es de gran importancia para normalizar los niveles de glucosa en sangre y a su vez, reducir las complicaciones diabéticas de largo plazo. (8)

Como lo define la American Diabetes Association (ADA), la educación para el autocontrol de la diabetes es el proceso de proporcionar a la persona con diabetes un conocimiento de las habilidades necesarias para llevar a cabo el autocontrol y el manejo de las crisis y para realizar un cambio en el estilo de vida. Como resultado de este proceso, el paciente puede conocer y ser un participante activo en su enfermedad. Se debe proporcionar una educación mínima sobre la diabetes, y luego individualizarla haciendo énfasis en los puntos como: fisiopatología de la diabetes y su relación con las opciones del tratamiento; incorporación del abordaje nutricional adecuado, abordaje del ejercicio físico al estilo de vida, utilización de medicamentos para fines terapéuticos, control del nivel de glucemia plasmática, prevención, detección y tratamiento de las complicaciones. (22)

La Educación profunda y continúa consiste en proporcionar información más detallada sobre las habilidades de supervivencia (por ejemplo aprender a variar la dieta y la dosis de insulina y prepararse para viajar), así como en aprender

medidas preventivas para evitar las complicaciones de la diabetes de largo plazo las cuales consisten en: Cuidados de los pies, cuidados de los ojos, higiene general (por ejemplo: cuidado de la piel e higiene bucal), tratamiento de los factores de riesgo (control de la presión arterial y de los lípidos, normalización de los niveles de glucosa en sangre). (8)

La educación continua más avanzada suele incluir la aplicación de métodos alternativos para administración de insulina, y algoritmos o reglas para valorar y ajustar la dosis. Por ejemplo, se puede enseñar a los pacientes a aumentar o disminuir las dosis de insulina según los patrones diarios de glucosa en sangre. El nivel de la información avanzada sobre la diabetes dependerá del interés y la capacidad de cada individuo. Sin embargo, el aprendizaje de las medidas preventivas (en especial el cuidado de los pies y los ojos) es obligatorio y de vital importancia para reducir la frecuencia de las amputaciones y de la ceguera entre los diabetes. (8)

Con respecto a la educación en el autotratamiento, hay una revisión técnica que documenta el efecto del tratamiento médico nutricional y de los consejos específicos sobre los objetivos relacionados con la diabetes, como la HbA_{1c}, el peso y la proteinuria. Para lograr unos resultados óptimos, se debe elaborar un programa de nutrición comprensible, adaptada de forma individual a las circunstancias de cada paciente, sus preferencias y sus orígenes culturales, además de valorar el plan de tratamiento de forma global. (22)

Las complicaciones de la diabetes pueden microvasculares que son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético (que a veces obliga a amputar como consecuencia de infecciones muy graves). (30)

Las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardíacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores. En ensayos aleatorizados con testigos de gran envergadura se ha comprobado que un buen control metabólico, tanto en la diabetes de tipo 1 como en la de tipo 2 puede retrasar el inicio y la evolución de estas complicaciones. (30)

Retinopatía diabética, es decir, las lesiones de retina que aparecen en la evolución de la diabetes, se produce en un 40-50% de los pacientes diabéticos, es la complicación ocular más grave de la diabetes, pudiendo llegar a producir incluso ceguera. La aparición y progresión de la retinopatía diabética se relacionan con las alteraciones en el control de la glucemia. Aumenta la frecuencia de su aparición proporcionalmente a los años de evolución de la enfermedad y a la edad del paciente. (34)

La nefropatía diabética está causada por las lesiones de los vasos sanguíneos pequeños de los riñones. Ello puede causar insuficiencia renal y al final la muerte. De ordinario los pacientes no tienen síntomas al principio, pero a medida que la

enfermedad evoluciona pueden manifestar fatiga, anemia, dificultades para concentrarse e incluso desequilibrios electrolíticos peligrosos. (30)

Neuropatía, la diabetes puede lesionar los nervios por distintos mecanismos, como el daño directo por la hiperglucemia y la mengua del flujo sanguíneo que llega a los nervios como resultado del daño de los pequeños vasos. La lesión de los nervios puede manifestarse por pérdida sensorial, lesiones de los miembros e impotencia sexual. Es la complicación más común de la diabetes. El diagnóstico temprano se establece cuando los enfermos o el personal sanitario reconocen los signos tempranos, y también mediante un examen clínico cuidadoso a intervalos periódicos. (30)

Los pacientes con diabetes sufren frecuentemente lesiones ulceronecroticas en los pies debido principalmente a la suma y predisposición que presentan la insuficiencia vascular, neuropatía periférica y aumento de infecciones. Debido a estos problemas, el individuo pierde sensibilidad en el pie, lo que hace que no reaccione ante traumatismos, microtraumatismos (como ampollas o rozaduras) o lesiones más graves (como quemaduras). En los casos más graves puede llegar a gangrena, lo que puede hacer necesaria la amputación de miembro. Por este motivo es muy importante que desde el primer momento, el paciente reciba información sobre cómo cuidar los pies, que zapatos son los más adecuados, etc. (34)

Enfermedades cardiovasculares, la hiperglucemia daña los vasos sanguíneos mediante el proceso conocido como aterosclerosis o endurecimiento y obstrucción de las arterias. Este estrechamiento de las arterias puede reducir el flujo de sangre al músculo cardíaco (infarto del miocardio), del encéfalo (accidente cerebrovascular) o de los miembros (dolor y curación tórpida de las heridas infectadas). Las manifestaciones clínicas son diversas: van desde dolor de pecho hasta dolor de piernas, confusión y parálisis. (30)

La diabetes mellitus es una enfermedad que dura toda la vida es por eso la importancia de adaptarse a los cambios que puedan seguir en su evolución, además para el paciente diabético se le es muy difícil mantener el cumplimiento en el control de esta enfermedad por eso la labor de enfermera no solo es brindar información al paciente sino estar permanente en el proceso asistencial y educativo. (41)

La palabra información proviene del latín de informatiō, -ōnis que, a su vez procede del verbo informare cuyo significado es “dar forma a la mente”, “instruir”, “enseñar”. De acuerdo con su etimología se puede considerar como el concepto original de este vocablo la acción y el efecto de instruir, enseñar a la mente. La información es el significado que otorgan las personas a las cosas. Los datos se perciben mediante los sentidos, estos los integran y generan la información necesaria para el conocimiento, el cual permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia social. El ser humano ha logrado simbolizar los datos en forma representativa, para posibilitar el

conocimiento de algo concreto y creó las formas, tanto de almacenar como de utilizar el conocimiento representado. La información en sí misma, como la palabra, es al mismo tiempo significado y significante, este último es el soporte material o simbología que registra o encierra el significado, el contenido. (9)(37)

Según Shannon, la información es el contenido que se halla en la fuente de donde se genera el mensaje o los mensajes. Según Idalberto Chiavenato, información "es un conjunto de datos con un significado, o sea, reduce la incertidumbre o que aumenta el conocimiento de algo. En verdad, la información es un mensaje con significado en un determinado contexto, disponible para uso inmediato y que proporciona orientación a las acciones por el hecho de reducir el margen de incertidumbre con respecto a nuestras decisiones". (10) (28)

De lo expuesto, se deduce que existe una dualidad de planos de existencia de la información, uno como entidad subjetiva que se genera en la mente de las personas y otro, con una existencia objetiva, en el que se percibe la información, cuando se plasma en algún soporte o se transmite en un proceso de comunicación. Entre los diferentes planos existe una interrelación dialéctica. A modo de generalización, puede decirse que: "La información puede entenderse como la significación que adquieren los datos como resultado de un proceso consciente e intencional de adecuación de tres elementos: los datos del entorno, los propósitos y el contexto de la aplicación, así como la estructura de conocimiento del sujeto". (9)

El paciente aprende mejor si se basa en conocimiento y capacidades cognoscitivas ya existentes, de esta forma la información es más eficaz si se centra en el que ya posee. Conocer su nivel de información es útil, para valorar su capacidad que tiene sobre su estado de salud y enfermedad. Por lo tanto, la clave es valorar el nivel de información del paciente descubriendo cuanto sabe de su patología. (36)

Al proporcionar información sobre la forma en que las funciones corporales y los hábitos se constituyen y cambian, el profesional aumenta el nivel de información del sujeto en relación con el posible efecto de las formas de comportamiento sobre su salud. La enfermera puede ayudar a un paciente adulto a adaptarse a los cambios impuestos durante la edad adulta madura, incluyendo los efectos del envejecimiento y la alteración de los procesos familiares. Aquellos que tiene una visión realista de estos cambios, estrategias positivas planeadas para enfrentarse a ellos y relaciones de apoyo, tienen más posibilidad de afrontar estos retos de la transición con eficacia. (36)

Una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los aconteceres vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. La enfermedad sobre todo la crónica, y su tratamiento, o sus secuelas, modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestras esperanzas. En mayor o menor medida, la enfermedad produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, Generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se suele denominar

"situación estresante", y que pone a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiándola, cambiando la circunstancia o cambiando la persona misma. (38)

El concepto de afrontamiento encontramos diversas definiciones, que varían desde la inclusión de patrones de actividad neuroendocrina y autonómica, hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo o interacción social. Sin embargo, la mayoría de los investigadores lo definen como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. (38)

La forma como se enfrenta una enfermedad, es decir los esfuerzos cognitivos y de comportamiento que cambian constantemente y que se utilizan para gestionar demandas específicas, tanto internas como externas, evaluadas como excediendo los propios recursos, se conoce como estrategia de afrontamiento. Numerosos estudios han demostrado lo difícil que es mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes si no se consideran todas sus dimensiones: física, psíquica y social. Sin embargo, la efectividad de este acercamiento integral depende de la comprensión de interrelaciones complejas. La diabetes es una enfermedad que no tiene cura y, por tanto, ya desde su diagnóstico afecta al bienestar subjetivo del individuo que la padece. (16)(33)

De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles. Consiste,

por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias: estrategias de resolución de problemas que son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar y estrategias de regulación emocional que son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema. (42)

El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida. El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto. La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento está dirigido a la emoción cuando el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento. Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento, negación, o transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido. (1)

Así pues, hoy en día, el papel de la enfermera como educadora sanitaria de individuos sanos y enfermos en el nivel primario cada vez es mas importante en

especial en los modelos de asistencia donde la enfermera se convierte en la directora de educación sanitaria del equipo, coordina los programas y las acciones educativas y ejecuta la mayoría de las que tienen una base grupal y muchas de las de base individual. (40)

Esta ayuda prestada por la enfermera puede darse en forma de apoyo, de guía, de promoción de un entorno adecuado, la cual es considerada como uno de los factores claves para modificar creencias, actitudes y crear nuevos hábitos de conducta impulsando así e fomento de la salud. La actitud y forma de autocuidarse de las personas es producto de la educación, la cual se aprende conforme la persona adquiere madurez, fortaleciendo su capacidad de realizar acciones conscientes, controladas y efectivas, de allí la importancia que cobra, cada vez, mas la necesidad que sea el propio que participe en el aprendizaje de su autocuidado. (29)

El modelo de Callista Roy se centra en la teoría de la adaptación, para quien adaptarse es el resultado de la respuesta a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación. La autora considera al ser humano y a su entorno como sistemas abiertos, siendo el ser humano el centro de atención de enfermería. Las interacciones enfermera - paciente permiten alcanzar los objetivos establecidos entre ambos. (31)

Roy considera al ser humano un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar

los cambios y adaptarse a ellos. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse a tener bajo control el entorno. El resultado de esto es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona. (23)(32)

Roy describió la salud como dimensión inherente a la vida de la persona, encontró útil representar este concepto como un continuum salud-enfermedad, que podía variar de estados de severa enfermedad hasta el máximo bienestar. Roy se centra más en la salud interpretada como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir. Roy escribe “la salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible”. (18)(36)

Según Roy, el entorno es el conjunto de “Todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales”. “es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para

adaptarse”; por lo que considera que el nivel de adaptación representa “la condición de los procesos de vida descritos en los 3 niveles como el integrado, el compensatorio y el comprometido”. (23)

El proceso de afrontamiento son modos innatos o adquiridos de actuar entre los cambios producidos en el entorno. Son mecanismos innatos de afrontamiento aquellos determinados genéticamente o comunes para la especie, que suelen verse como procesos automáticos, en los que la persona ni siquiera piensa para ejecutarlos. Los mecanismos adquiridos de afrontamiento se crean por medio de métodos como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. (14)

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales (que son los que se presentan ante el individuo), contextuales (son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales) y residuales (son factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada). Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de persona. (23)

El modo de adaptación fisiológico – físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. El autoconcepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como “el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado”. (23)

Desde nuestra perspectiva el usuario usa la información de forma consciente para adaptarse a los cambios que se produce en sus necesidades durante la enfermedad crónica como es la diabetes mellitus, ya que no solo los afecta físicamente, sino también emocional, social y a veces, incluso, económicamente. Es por ello que deben adaptarse a su enfermedad adoptando un papel activo en el cuidado de su salud, ya que la enfermedad llega incluso a convertirse en el principal foco de atención de la vida de una persona, haciendo que el adulto tenga miedo de enfrentar los nuevos cambios que traen consigo una enfermedad crónica. Sin embargo una adecuada información hará que se empleen mecanismos de afrontamientos positivos para el mantenimiento de su salud.

Durante el internado hospitalario y comunitario, fuimos testigos de la gran afluencia de usuarios con diabetes mellitus tipo II hospitalizados por complicaciones; así como también en consultorios externos y programas de enfermedades no transmisibles donde se obtuvo experiencia al trabajar con ellos

en forma cotidiana, aunque por poco tiempo; considerando que como futuras enfermeras podríamos manejar el mantenimiento de la salud en su recuperación y control de la enfermedad.

Sin embargo nuestra labor no solo debería enmarcarse allí, somos conscientes que se requiere de una función investigadora y educadora de la enfermera, por lo que nos permitirá tener un panorama más amplio de donde se está fallando, brindando la información correcta y adecuada para fortalecer y mejorar sus estrategias de afrontamiento y asumir con responsabilidad su propio cuidado integral; y como consecuencia se produzca un cambio de conducta, obteniendo resultados que serán actitud positiva para su autocuidado de modo que lleve a la evolución adecuada de la enfermedad.

Tomando en cuenta que la diabetes mellitus tipo II es una enfermedad de creciente prevalencia en nuestro medio y que por ser una enfermedad crónica y con múltiples y progresivas complicaciones, compromete al bienestar subjetivo del individuo que la padece; resulta conveniente que el usuario tenga la información suficiente para poder enfrentarla; en este sentido la presente investigación permitirá verificar la asociación entre el nivel de información del diabético y la influencia respecto a la actitud que asume el paciente para afrontar su enfermedad. Es por esto que planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el nivel de información y estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo - 2015?

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar la relación que existe entre el nivel de información y estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional Docente De Trujillo - 2015

Objetivos Específicos.

- Identificar el nivel de información en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.
- Determinar las estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo - 2015.

HIPOTESIS

- H1: El nivel de información se relaciona con las estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II.
- Ho: El nivel de información no se relaciona con las estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II.

MATERIAL Y METODO

2.1. MATERIAL

2.1.1. Población:

Estuvo comprendido por el 100% de pacientes (52) con diabetes mellitus tipo II que acuden al programa de Control de Enfermedades no Transmisibles del Hospital Regional Docente de Trujillo

Criterios de Inclusión

- Pacientes adultos de ambos sexos, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II que acuden regularmente al programa de Control de Enfermedades no Transmisibles del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Paciente adulto de 35 años - 65 años.
- Pacientes con grados de instrucción: primaria, secundaria y superior

Criterios de Exclusión:

- Pacientes adultos que no deseen participar voluntariamente en el estudio de investigación.
- Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricas o cualquier otra que impida la comunicación.

2.2. MUESTRA

Se trabajó con los 52 adultos que acuden regularmente al programa de Control de Enfermedades no Transmisibles del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los adultos con diabetes mellitus tipo II que acuden regularmente al programa de enfermedades no transmisibles y reúnen los criterios de inclusión.

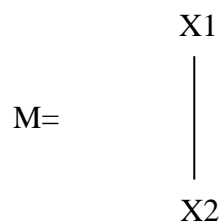
2. MÉTODO

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional

2.2. Diseño de investigación

En el presente trabajo de investigación se utilizó el siguiente esquema.(35):



Donde:

M= Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II

X1= Nivel de información

X2= Estrategias de afrontamiento

2.3. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.3.1. Variable X1: Nivel de información.

a) **Definición conceptual:** Es un conjunto de datos con un significado, que reduce la incertidumbre o que aumenta el conocimiento de algo. La información es un mensaje con significado en un determinado contexto, disponible para uso inmediato y que proporciona orientación a las acciones por el hecho de reducir el margen de incertidumbre con respecto a nuestras decisiones. (10)

b) **Definición operacional:** De acuerdo al puntaje obtenido, el nivel de información se valoró según los siguientes parámetros:

- Nivel de información Malo: Menor o igual a 16 puntos
- Nivel de información Regular: de 17 a 22 puntos
- Nivel de información Bueno: Mayor o igual a 23

2.3.2 Variable X2: Estrategias de afrontamiento

a) **Definición conceptual:** Respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. (37)

b) **Definición operacional:** De acuerdo al puntaje total obtenido, las estrategias de afrontamiento se realizó con las siguientes escalas intervalica:

- ◆ Alto nivel de estrategias de afrontamiento: 85 – 112 puntos

- ◆ Medio nivel de estrategias de afrontamiento: 56 - 84 puntos
- ◆ Bajo nivel de estrategias de afrontamiento: 28 - 55 puntos

2.4 Instrumento de recolección de datos

Instrumentos a utilizar

El primer instrumento fue elaborado por Valera y Vargas (2008), el cual está compuesto de 4 sub categorías y de 26 ítems que mide el Nivel de Información en adultos con diabetes mellitus tipo II. (ANEXO N° 1)

Consta de 26 ítems, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: sobre la enfermedad (6 ítems), sobre factores de riesgo (7 ítems), sobre tratamiento (5 ítems) y sobre complicaciones (8 ítems). Obtienen un puntaje de 1 si la respuesta es Si y 0 si la respuesta es No; cuyos indicadores de medición son: Nivel de Información Malo (menor o igual a 16 puntos), Nivel de Información Regular (17 - 22 puntos) y Nivel de Información Bueno (mayor o igual a 23)

El segundo instrumento Para valorar las estrategias de afrontamiento se realizó mediante una escala de COPE-28, un análisis psicométrico de la versión española de Brief COPE de Carver (1997) realizado por Moran y Manga. Es un inventario de 22 ítems y 14 subescalas o dimensiones. (ANEXO N° 2)

El brief COPE (Coping Estimation) consta de las siguientes sub escalas con sus respectivos ítems: afrontamiento activo (ítems 2-10), planificación (ítems 6-26) apoyo social (ítems 1-28), apoyo emocional (ítem 9-17), auto-distracción (ítems 4-22), desahogo (ítems 12-23), reevaluación positiva (ítem 14-18), negación (ítems 5-13), aceptación (ítems 3-21), religión (ítems 16-20), uso de sustancias (ítem 15-24), humor (ítems 7-19), auto-inculpación, ítems (8-27), desconexión (ítems 11-25). Obtienen un puntaje de 4 puntos si la respuesta es Yo suelo hacer esto mucho, de 3 puntos si la respuesta es Yo suelo hacer esto con una cantidad media, de 2 puntos si la respuesta es Yo suelo hacer esto un poco: y de 1 punto si la respuesta es Por lo general no lo hacen en absoluto; cuyos indicadores de medición son: alto nivel de estrategias de afrontamiento (85 – 112 puntos) , medio nivel de estrategias afrontamiento (56 - 84 puntos), bajo nivel de estrategias de afrontamiento (28 - 55 puntos)

2.5 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Se tuvo la aceptación de los pacientes mediante consentimiento informado, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión referidos anteriormente. Se mantiene el anonimato de los pacientes a quienes se les explico el tipo de investigación a realizar y se respetó su derecho a retirarse de la misma si el caso lo amerita. Así mismo se les aseguro la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a

otras personas su identidad como participantes aplicando el principio de anonimato. (ANEXO 3)

2.6 Procedimientos y análisis estadísticos de los datos

Se solicitó a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional Docente de Trujillo la autorización respectiva para la realización del presente estudio; luego se coordinó con la enfermera responsable del programa las fechas y horas para la recolección de datos.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el sistema SPSS versión 22 y los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales con frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales. Así mismo se presentaron gráficos adecuados para presentar los resultados de la investigación.

Para establecer la relación entre el nivel de información y las estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo 2014, se utilizó la prueba de independencia de criterios Chi Cuadrado considerando un nivel de significancia de $P < 0.01$.

Se utilizó el apoyo de una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

TABLA N° 01

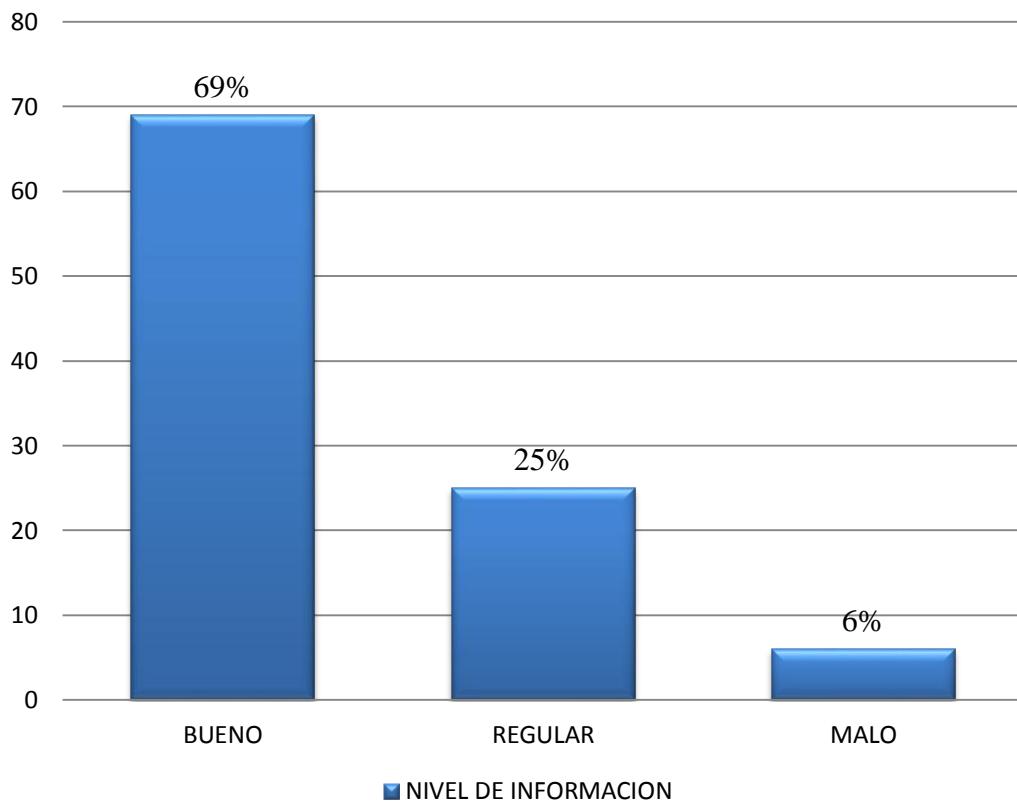
**NIVEL DE INFORMACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO - 2015**

Nivel de información	Fi	%
Bueno	36	69%
Regular	13	25%
Malo	3	6%
Total	52	100%

Fuente: Cuestionario sobre el nivel de información de los adultos con Diabetes Mellitus Tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo-2015.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE INFORMACIÓN EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015



Fuente: Tabla N° 1

TABLA N° 02

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON
DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO - 2015**

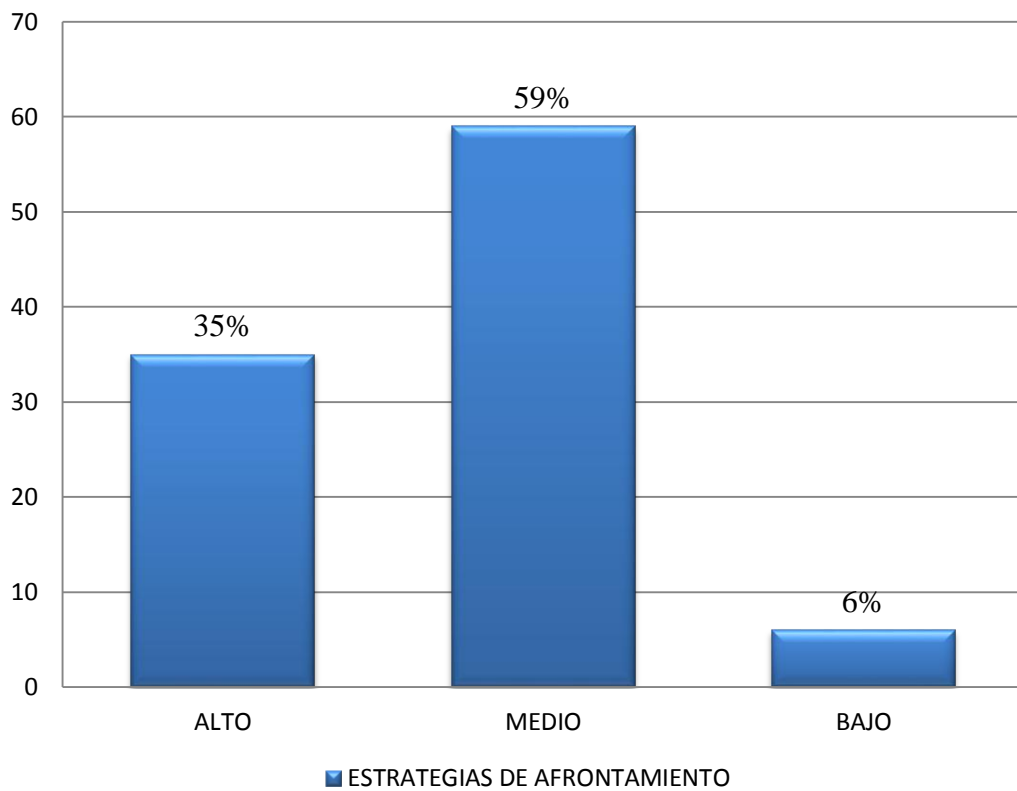
Estrategias afrontamiento	Fi	%
Alto	18	35%
Medio	31	59%
Bajo	3	6%
Total	52	100%

FUENTE: Cuestionario sobre el nivel de estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus Tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo-2015

GRÁFICO N° 02

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL

DOCENTE DE TRUJILLO - 2015



Fuente: Tabla 2

TABLA N° 03

**RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN Y
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO - 2015**

Nivel de Información	Estrategias de afrontamiento						Total	
	Alto		Medio		Bajo		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Bueno	14	28	21	39	1	2	36	69%
Regular	3	6	9	17	1	2	13	25%
Malo	1	2	1	2	1	2	3	6%
Total	18	35	31	59	3	6	52	100%

$X^2 = 18.833$

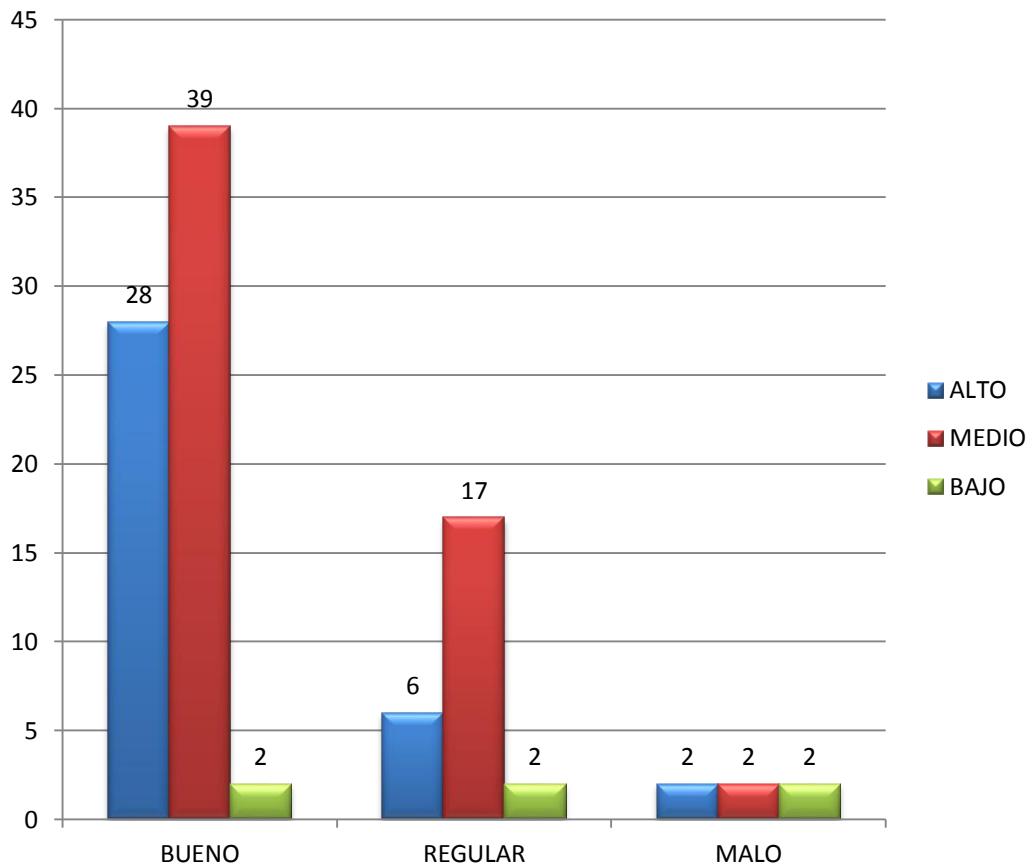
g.l. =4

P = <0.01

Fuente: Cuestionario sobre nivel de información y nivel de estrategias de afrontamiento en adultos con Diabetes Mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo-2015

GRÁFICO N° 03

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO - 2015



Fuente: Tabla 3

IV. DISCUSION

En la **tabla N° 1** Se encontró que el nivel de información en adultos con diabetes mellitus tipo II respecto a su enfermedad, fue bueno en 69%, regular en un 25% y malo en un 6%.

Nuestro estudio es similar al realizado por Méndez C. y Montero F. en Trujillo en el 2011 quienes en 88 pacientes, investigaron las prácticas de autocuidado y su relación con el nivel de información sobre diabetes y el apoyo familiar percibido; en el Hospital Belén de Trujillo a través de un estudio descriptivo correlacional transversal, encontrando que el nivel de información de los adultos fue bueno en un 41.8%, regular en un 50.5% y malo en un 7.7%. (24)

Asi mismo otro estudio semejante fue realizado por Bardales D. y Quispe J. en Trujillo en el 2009 quienes realizaron en 78 pacientes; un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores biosocioculturales y nivel de información sobre diabetes mellitus tipo II en pacientes del programa de diabetes mellitus del policlínico Essalud donde los resultados mostraron que el nivel de información fue adecuado en un 84.1% e inadecuado en un 15.9% (6)

El paciente aprende mejor si se basa en conocimiento y capacidades cognoscitivas ya existentes, de esta forma la información es más eficaz si se centra en el que ya posee. Conocer su nivel de información es útil, para valorar su capacidad que tiene sobre su estado de salud y enfermedad. Por lo tanto, la clave

es valorar el nivel de información del paciente descubriendo cuanto sabe de su patología. (36)

Los resultados se deben a que los adultos con Diabetes Mellitus están informados acerca del tema, debido al alto número de casos que se presentan, como también a la labor que realiza la enfermera de carácter educativo mediante su rol docente en consultorios externos; contribuyendo que la persona desarrolle habilidades para conocer el tema y poder prevenir complicaciones.

En la **tabla N° 2** se describe la proporción de pacientes diabéticos según la actitud de los mismos en relación al nivel de las estrategias de afrontamiento indicados; en este sentido se verifica una tendencia contundente en relación al nivel medio de afrontamiento observado en el grupo de muestra correspondiente al 59% (30) del grupo muestral; en menor grado se aprecia un nivel de afrontamiento alto en el 35% (17) y una minoría se corresponde con un grado de afrontamiento bajo, observado en el 6% (4) de los participantes.

El estudio realizado por Jurado K. en Trujillo en el 2012, es semejante a nuestros resultados, quien investigo en 36 pacientes sobre las estrategias de afrontamiento y su relación con el autocontrol en pacientes adultos mayores con Diabetes, obteniendo como resultado el 71% presentó un nivel de afrontamiento alto y el 76% un nivel de autocontrol alto.

La diabetes mellitus requiere de toda una vida de conductas de autocontrol especiales. En virtud de que la dieta, la actividad física y el estrés físico y emocional afectan el control de la enfermedad, los pacientes deben aprender a equilibrar múltiples factores. Deben aprender las habilidades del cuidado personal cotidiano para prevenir fluctuaciones de la glucemia y también incorporar a su estilo de vida muchos comportamientos preventivos para evitar las complicaciones de largo plazo de la diabetes. (8)

Los resultados del estudio podrían deberse a que las personas al tener mayor accesibilidad a la información le permite tomar conciencia de ello, lo cual influyen en la adopción de estrategias de afrontamiento ya que en los resultados se evidencia que el mayor porcentaje de estrategias de afrontamiento es alto. Esto puede ser ya que algunas personas van cambiando en su manera de actuar, pensar; permitiéndole mantener una buena calidad de vida.

En la **tabla N° 3** Estan referidos a la relación entre el nivel de información y las estrategias de afrontamiento en el adulto con Diabetes Mellitus en consultorios externos del programa de Control de Enfermedades no Transmisibles del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015. Se encontró que hay una relación altamente significativa ($P < 0.01$), es decir que un nivel de información bueno condicionaba niveles de afrontamiento alto para la enfermedad, acuerdo a la prueba de Chi Cuadrado.

Para mejorar el control de la diabetes y reducir la frecuencia de sus complicaciones crónicas, debe incorporarse la educación y prevención a la población como parte de la atención médica, además, en la atención se debe considerar los factores relacionados con aspectos biológicos, emocionales y socio-familiares, como la estructura y organización familiar y la capacidad del paciente para tomar decisiones. (27)

No se han encontrado estudios similares para poder comparar nuestros hallazgos respecto a la relación entre el nivel de información y las estrategias de afrontamiento en el adulto con diabetes mellitus, sin embargo creemos que es importante hacer más estudios de investigación sobre las estrategias de afrontamiento.

Luego de analizar los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación, el nivel de información y las estrategias de afrontamiento ocupan un lugar primordial dentro de los planes de salud de la población, repercutiendo con gran importancia el modo de vivir de las personas que cada uno mantiene con respecto a su salud.

CONCLUSIONES

1. El nivel de información en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo fue bueno en el 69%, regular en el 25% y malo en el 6%.
2. En cuanto a nivel de estrategias de afrontamiento los adultos con diabetes mellitus tipo II alcanzaron medio nivel el 59%, alto nivel el 35% y bajo nivel el 6%.
3. Existe relación significativa ($P < 0.01$) entre el nivel de información y las estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente de Trujillo, según la prueba de Chi Cuadrado.

RECOMENDACIONES

1. Continuar con los programas de educación impartida en los consultorios externos por parte de la enfermera, sobre el nivel de información y las estrategias de afrontamiento.
2. Desarrollar y potenciar estrategias educativas en el primer nivel de atención sanitaria, con la finalidad de mejorar el grado de conocimiento de la enfermedad por el paciente diabético y de su entorno familiar inmediato.
3. Realizar estudios similares con otra población y en distinto escenario a fin de conocer la problemática en torno a las variables relacionadas con el nivel de información y las estrategias de afrontamiento en los adultos con Diabetes Mellitus.
4. Realizar estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna y precisar la asociación entre el nivel de información sobre la enfermedad en adultos con Diabetes Mellitus y otros desenlaces de interés como: la calidad de vida, el grado de adherencia terapéutica y el control metabólico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acosta P, Chaparro L. y Rey C. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana De Psicología* 2008; 17: 9-26.
2. Alberich E, Binz A. Catequesis con Adultos. 1 era ed. Editorial Abya – Yala. Ecuador. 2005. Pp 86.
3. American Diabetes Association. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2012; 35 (1): 511-563.
4. American Diabetes Asociación. Datos sobre la diabetes. Alexandria – EEUU. 2014 [En línea] URL: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/datos-sobre-la-diabetes/?loc=db-es-slabnav> (Accesado el 12 de Diciembre del 2014)
5. Bail V, Azzollini S. Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con Diabetes tipo II. *Revista Argentina de Salud Pública* 2012; 3(10): 25-23.
6. Bardales D, Quispe J. Factores biosocioculturales y nivel de información sobre diabetes mellitus tipo II en pacientes del programa de Diabetes Mellitus del policlínico Essalud [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería.] Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2009.
7. Bazata D. y Col. Affecting Behavior Change in Individuals with Diabetes. Findings from the Study to Help Improve Early Evaluation and

- Management of Risk Factors Leading to Diabetes. *The Diabetes Educator* 2008; 34(6): 1025-1036.
8. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Médico Quirúrgica. 12º ed. Editorial Interamericana, México; 2013. Pp. 1199-1207.
 9. Cabrera I. El procesamiento humano de la información: en busca de una explicación. *ACIMED* 2003; 11(6). [En línea] URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352003000600006&lng=es. (Accesado el 06 de Febrero del 2015)
 10. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 7ta ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2006. Pp. 110.
 11. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista Española Cardiol* 2002; 55(05): 528-38.
 12. Dugas B. Tratado de enfermería práctica. 4º ed. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, España; 2000. Pp. 126.
 13. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes de la FID. 6ta ed. Bélgica, 2013. Pp. 9-11.
 14. Fernández C. Afrontar la muerte en Ciencias de la Salud. 1ra ed. Editorial Universidad de Almería. España; 2007. Pp. 85-86.
 15. Figuerola D. Manual de educación terapéutica en diabetes. 1 ed. Ediciones Díaz de Santos, S.A. España; 2011. Pp. 1-2
 16. Gómez S. y Col. Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica Del Instituto México Del Seguro Social* 2010; 48(5): 539-542.

17. Grupo Unipharm. Afrontando el Diagnóstico de Diabetes 2011. [En línea]
URL: <http://www.grupounipharm.com/afrontando-el-diagn%C3%B3stico-de-diabetes> (Accesado el 10 de Diciembre del 2014)
18. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado del ser humano: Una visión de enfermería. 1ra ed. Editorial el manual moderno. Colombia; 2007. Pp. 4
19. Johnson & Johnson Medical Devices & Diagnostics Group - Latin America. Diabetes en América Latina. [En línea] URL: <http://www.onetouchla.com/col/vida-diabetes/conoce-diabetes/sobre-diabetes/diabetes-en-america-latina#> (Accesado el 12 de Diciembre del 2014)
20. Jurado K. Estrategias de afrontamiento y su relación con el autocontrol en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus que asisten en la unidad básica atención primaria Víctor Larco EsSalud [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Cesar Vallejo, 2012.
21. Kozier B. y Col. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 7ª. ed. Ed. Mcgraw Hill Interamericana. España. 2004. Pp. 438.
22. Kronenberg M. Williams Tratado de Endocrinología. 11a ed. Editorial Elsevier. España; 2009. Pp. 1341-1377.
23. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º ed. Editorial El Servier. España; 2007. Pp. 336-343.
24. Méndez C, Montero F. Prácticas de autocuidado y su relación con el nivel de información sobre Diabetes Mellitus y el apoyo familiar percibido por adultos diabéticos Hospital Belén de Trujillo. [Tesis para optar el Título de

- Licenciada en Enfermería] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, 2011.
25. Méndez J. Hacia el infinito. 1ra ed. Editorial Palibrio LLC. Estados Unidos; 2013. Pp. 80.
26. Ministerio de salud del Perú. Casos de Diabetes Mellitus por tipo, según departamentos Enero-Abril 2014. [En línea] URL: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/Detalle_IndBSC.asp?lcind=10&lcobj=3&lcper=1&lcfreq=4/7/2014 (Accesado el 07 de Junio del 2015)
27. Ministerio De Salud Del Perú. Nota de prensa MINSA Propone “Guía De Práctica Clínica Para La Prevención, Diagnóstico, Tratamiento Y Control De La Diabetes Mellitus 2” [En línea] URL: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=14060 (Accesado el 10 de Diciembre del 2014)
28. Monsalve A. Teoría de información y comunicación Social. 1ra ed. Editorial Abya y Yala. Ecuador; 2003. Pp. 49-50.
29. Myers J, Beare P. El tratado de enfermería. 3ra ed. Editorial Mosby. España; 1998. Pp. 126.
30. Organización Mundial De La Salud. Diabetes. [En línea] URL: <http://www.who.int/diabetes/es/> (Accesado el 8 de Diciembre del 2014)
31. Parentini M. Historia de Enfermería. 1ra ed. Ediciones Trilce. Uruguay; 2002. Pp. 104-106.
32. Pérez M. Manual para el diplomado en enfermería. 1ra ed. Editorial Mad, S.L. España; 2006. Pp. 23-24.

33. Pérez T. ¿Qué Factores Psicológicos Influyen En La Diabetes? [En línea]
URL: <http://taispd.com/que-factores-psicologicos-influyen-en-la-diabetes/>
(Accesado el 11 de Diciembre del 2014)
34. Pocket Atlas De Diabetes. 1ra ed. Editorial Lexus. España; 2010. Pp. 44-52.
35. Polit, D, Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ta ed. Editorial McGraw-Hill. México; 2000. Pp. 103.
36. Potter P. Fundamentos de enfermería. 5ta edición. Editorial El Sevier. España; 2001. Pp. 1012-1014.
37. Quees.La. ¿Qué es la información? [En línea] URL: <http://quees.la/informacion/> (Accesado el 06 de Febrero del 2015)
38. Rodríguez J, Pastor M. y López S. Afrontamiento, Apoyo Social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema* 1993; 5(1): 349-372
39. Rubin, A. Diabetes para Dummies. 2da ed. Editorial Wiley Punlishing, Inc. Estados Unidos; 2007. Pp. 278.
40. Salleras L. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones 1da ed. Editorial Díaz de Santos. España; 1990. Pp 89.
41. Trilla M, Cano E. “Diabetes mellitus la declaración de Sain Vicent”. *Atención primaria* 1992; 9(9): 469-471.
42. Vázquez C, Crespo M. y Ring, J. Estrategias de afrontamiento. España 2000. Accesado de http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TEST PARA VALORAR EL NIVEL DE INFORMACION SOBRE DIABETES MELLITUS TIPO II

Autoras: Valera y Vargas

INSTRUCCIONES: el presente test tiene como propósito valorar el nivel de información que tiene Ud. Acerca de la Diabetes Mellitus tipo II. Le pedimos responda de la manera mas sincera posible acerca de lo que conoce o no.

I. DATOS GENERALES.

Edad: _____ Años de estudio: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

II. NIVEL DE INFORMACION:

ENUNCIADOS	SI	NO
Sabe Ud. Que la Diabetes Mellitus; Se caracteriza por: 1. Ser una enfermedad crónica (a largo plazo) 2. Necesitar tratamiento durante toda la vida. 3. Que la glucosa (azúcar) en sangre esta aumentada. 4. Haber aumentado de sed y apetito. 5. Haber aumentado en la cantidad y la frecuencia para orinar. 6. Ser una enfermedad hereditaria.		

<p>Factores de riesgo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Tener una familia con diabetes aumenta la probabilidad de padecer Diabetes. 8. El sobrepeso es un factor de riesgo para tener la enfermedad. 9. La excesiva preocupación (estrés) puede contribuir para que aparezca la enfermedad. 10. La hipertensión es otro factor de riesgo para la aparición de diabetes. 11. El consumo de tabaco, aumenta el riesgo de desarrollar Diabetes. 12. La falta de ejercicio contribuye a desarrollar Diabetes. 13. Los controles periódicos de azúcar en sangre, ayudan a detectar tempranamente la enfermedad. <p>Tratamiento: conoce Ud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Que es importante que el paciente tome los medicamentos hipoglucemiantes todos los días. 15. Que los medicamentos para la Diabetes, mal utilizados pueden producir desmayos, coma o la muerte. 16. Que la dieta del diabético debe consistir en alimentos con alto contenido en fibra como: arroz integral, trigo, verduras y frutas. 17. Que las bebidas alcohólicas deben consumirse moderadamente o evitarlas del todo. 18. Que el ejercicio es parte del tratamiento porque ayudar a disminuir la glucosa. <p>Complicaciones: Sabe Ud. Que la diabetes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 19. Causa daño a los ojos llegando a producir ceguera 20. Causa daño a los riñones produciendo insuficiencia renal 21. Causa problemas cardiovasculares como infarto miocardio. 22. Produce enfermedad cerebro vascular causando parálisis de la mitad del cuerpo. 23. Causa problemas de los vasos sanguíneos especialmente de los miembros inferiores, causando muerte de los tejidos con la consecuente amputación del pie. 24. Produce daño en los nervios ocasionando hormigueo y pesantes en los miembros inferiores. 25. Que las complicaciones agudas más frecuentes son la hipoglucemia y el coma diabético. 26. Predispone a las mujeres a desarrollar infecciones frecuentes del tracto urinario. 		
--	--	--

ANEXO N° 2



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ENCUESTA: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Para valorar las estrategias de afrontamiento se realizó mediante una escala de COPE.22 es la versión española del brief COPE de Carver. Evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz.

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras.

Simplemente, ciertas personas utilizan mas unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias

La puntuación de los ítems correspondientes son las siguientes:

- ◆ Yo suelo hacer esto mucho: 4 puntos
- ◆ Yo suelo hacer esto con una cantidad media: 3 puntos
- ◆ Yo suelo hacer esto un poco: 2 punto
- ◆ Por lo general no lo hacen en absoluto: 1 punto

ITEMS	1	2	3	4
1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre situación en la que estoy.				
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. Me digo a mí mismo “esto no es real”.				
6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
7. Hago bromas sobre ello.				
8. Me critico a mí mismo.				
9. Consigo apoyo emocional de otros.				
10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.				
11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.				
12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.				
13. Me niego a creer que haya sucedido.				
14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.				
15. Utilizo el alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.				
16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.				
17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.				
18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
19. Me río de la situación.				
20. Rezo o medito.				
21. Aprendo a vivir con ello.				
22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.				

23. Expreso mis sentimientos negativos.				
24. Utilizo el alcohol u otras drogas para ayudar a superarlo.				
25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.				
26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.				
27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.				
28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.				

De acuerdo al puntaje total obtenido:

- ◆ Alto nivel de estrategias de afrontamiento: 85 – 112 puntos
- ◆ Medio nivel de estrategias de afrontamiento: 56 - 84 puntos
- ◆ Bajo nivel de estrategias de afrontamiento: 28 - 55 puntos

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio: “Nivel de información y estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II del Hospital Regional Docente De Trujillo 2015”, con el objetivo de de contribuir con el trabajo de investigación propuesto.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirá en la aplicación de 2 cuestionarios y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Trujillo, ____ de _____ del 2015

Firma del participante

DNI: _____