

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Escuela Profesional de Enfermería



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y EL
AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA",
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2018.**

Tesis presentada por las Bachilleres:
Sánchez Cardeña, Karen Gabriela
Zúñiga Montalvo, Madeley Dayana
para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería.

Asesora: Mgter. Zapana Begazo, Rosemary

AREQUIPA – PERÚ

2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN FINAL DEL BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Miembros del Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen del Borrador de Tesis

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y EL AUTOCUIDADO
EN PACIENTE DIABÉTICO DEL PROGRAMA “ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS
DE AREQUIPA”, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA
2018.**

AUTORAS : Bach. Karen Gabriela Sánchez Cardeña
Bach. Madeley Dayana Zúñiga Montalvo

FECHA : Arequipa, 17 de setiembre de 2018

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador el Borrador de Tesis queda APTO para la
SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Sonia Núñez Chávez


Dra. Mirta Cardena Valverde


Lic. Concepción Arizaga Tovar

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Asesora de Tesis

ASUNTO : Informe de asesoría de tesis del trabajo titulado:
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y
EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE
AREQUIPA", HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA, 2018**

BACHILLERES : SÁNCHEZ CARDEÑA, KAREN GABRIELA
ZÚÑIGA MONTALVO, MADELEY DAYANA

FECHA : 07 de agosto del 2018.

El trabajo de investigación tiene una duración de 08 meses, en el cual se hicieron reajustes en el planteamiento teórico y operacional, a fin de presentar un trabajo que se ajuste al protocolo aprobado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.


Las autoras del trabajo han demostrado honestidad, dedicación y responsabilidad durante todo el proceso de la investigación.

APRECIACIÓN PERSONAL:

El presente estudio de investigación constituye un aporte en el Área de Enfermería, Línea: Salud del Adulto.

Es cuanto informo a usted.

Atentamente.



Mgter. Rosemary Zapana Begazo
Asesora de Tesis

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **Relación entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa", Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2018.**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Junio del 2018

Sánchez Cardeña, Karen Gabriela

Zuñiga Montalvo, Madeley Dayana

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, Virgencita de Candelaria, por permitir conocerte, escucharme y dar luz en todo momento y situación difíciles.

Mi Mamá Teófila Cardeña, por tus consejos que siempre me has brindado por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad, darme una carrera para mi futuro y que de pequeña fuiste la inspiración para formarme profesionalmente, todo esto te lo debo a ti. ¡Te quiero mucho!

Mi Papá Juan Sánchez, por cada consejo y cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida y llenar los momentos de tensión con tu gran carisma, alegría y amor. ¡Te quiero mucho!

Mi hermana Karoline, por ser mi compañera desde pequeña, por dar tus críticas constructivas, estar siempre aconsejándome y para que veas en mí un ejemplo a seguir, gracias hermana.

Luis Gonzalo Vásquez Carrasco, por ser mi apoyo fundamental e incondicional en todo el proceso del proyecto.

Karen Gabriela Sánchez Cardeña

A Dios y a la Virgen María por su constante espera hacia mí, por hacerme llegar su muestra de amor incondicional cada día todo este merito lo dedico a él.

A mi madre Luz María que su amor por mí es diario y sin medida, siempre está dispuesta a escucharme, comprenderme, aconsejarme y porque cada día es una enseñanza para ambas su apoyo sin medida y sin espera de nada.

A mi padre Moisés Ángel por el ejemplo de superación diaria que veo en él, que no hay obstáculos para conseguir lo que uno se propone, a ser fuerte día a día porque nunca es tarde para aprender de ambos y su amor que me da .

A mi querida hermana Laura por todo su cariño hacia mí porque su apoyo es la forma más grande de amor que he podido sentir, es ella quien me da un afecto sin medida en todas maneras que uno puede recibir, por ser mi segunda María.

Madeley Dayana Zúñiga Montalvo.

AGRADECIMIENTOS

A:

Nuestra Universidad Católica de Santa María y en especial a la Facultad de Enfermería que nos dieron la oportunidad de formar parte de ellas. ¡Gracias!

Nuestras Maestras, Gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A los asesores de la tesis por sus valiosas sugerencias.

Al Hospital Regional Honorio Delgado y a todo su personal, por facilitarnos el campo clínico para el desarrollo del estudio.

A cada uno de los pacientes y sus familiares que hicieron posible la realización del estudio.

Karen y Madeley.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus, es un problema de gran importancia para la salud pública, debido a que la demanda de atención de la población diabética ocasiona grandes gastos al Estado, las instituciones de salud, y también suscita el interés de comunidad científica, porque la diabetes mellitus tiene una alta prevalencia, además de que también viene presentando un incremento de la incidencia, morbilidad, y es una enfermedad con demostrada afectación a la calidad de vida de las personas diabéticas. Se ha señalado que en los pacientes diabéticos tipo 2, es necesario no sólo brindarles educación sanitaria respecto a su enfermedad, sino fomentar en ellos el desarrollo de un nivel de empoderamiento para el cuidado de su salud y control de la enfermedad adecuado que les permita mejorar su autocuidado. El empoderamiento ha sido definido por la Real Academia de la Lengua Española, como una acción encaminada a hacer fortalecer a un individuo o grupo social desfavorecido. Su objetivo es generar compromiso y conciencia por igual en los individuos.

En el contexto de salud, el empoderamiento se refiere a un proceso que facilita el cambio conductual, favorece la responsabilidad y la toma de decisiones informadas de los pacientes principalmente en áreas de nutrición, actividad física y toma de medicamentos para alcanzar las metas de tratamiento. Debido al incremento de las enfermedades crónicas, el empoderamiento se orienta a fomentar el control de la salud del paciente, mediante la participación y responsabilidad de su cuidado con el fin de mejorar los resultados de salud, y secundariamente de controlar los costos sanitarios.

En el Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado, se ha observado que un numeroso grupo de pacientes diabéticos presentan incumplimiento en las recomendaciones del autocuidado, lo cual podría tener su origen en el falta de un adecuado nivel de empoderamiento para el control de su salud, motivo por el cual, los pacientes no logran tener el control metabólico esperado, permanecen con los signos y síntomas de la enfermedad y muchos de ellos desarrollan complicaciones crónicas que les afectan de manera importante su estado de salud y su condición y calidad de vida.

Por lo anterior, surgió la motivación personal para realizar el presente estudio, porque consideramos que es importante debido a que a partir de los resultados, se podrán

redefinir los objetivos terapéuticos para cada paciente, mejorando el abordaje general e integral que permita mejorar el empoderamiento para el control de su salud y autocuidado de los pacientes y de esta manera contribuir a mejorar el control de la diabetes mellitus y la calidad de vida de nuestros pacientes. El estudio se desarrolló mediante la aplicación de la Escala de Empoderamiento en Diabetes (EED) y la Escala de autocuidado en el manejo de la diabetes tipo 2 a 45 pacientes diabéticos durante los meses de febrero y marzo del año 2018.

El informe final de la investigación está organizado en capítulos; en el primer capítulo, se presenta el planteamiento teórico, que incluye el problema de investigación, variables de estudio, interrogantes básicas, tipo de investigación, justificación, objetivos, marco teórico, antecedentes investigativos e hipótesis. El segundo capítulo, es denominado Planteamiento Operacional, describe las técnicas, instrumentos, campo de verificación, población, muestra y estrategia de recolección de datos. En el tercer capítulo se presentan y analizan los resultados de la investigación sistematizados en tablas estadísticas, finalmente las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos respectivos.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos: determinar el nivel de empoderamiento en los pacientes diabéticos del Programa, evaluar el autocuidado de los pacientes diabéticos y finalmente, establecer la relación entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado de los pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado. **Material y Métodos:** Se empleó como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala de Empoderamiento en Diabetes (EED) y la Escala de autocuidado en el manejo de la diabetes tipo 2. La población de estudio estuvo conformada por 45 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. **Conclusiones:** El nivel de empoderamiento para el control de su salud de los pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" es alto en el 60% , mientras que el autocuidado es adecuado en 51,11% y regular e inadecuado en 48,89%. Siendo la relación indirecta y estadísticamente no significativa entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado.

Palabras clave: empoderamiento, autocuidado, diabetes, mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The present study aimed to: determine the level of empowerment of diabetic patients who go to the Program , evaluate the self-care of diabetic patients and finally, establish if there is a relationship between the level of empowerment and self-care of diabetic patients who go to the Program of "Association of Diabetics of Arequipa" Hospital Regional Honorio Delgado. **Material and Methods:** The survey was used as a technique and as instruments the Diabetes Empowerment Scale (EED) and the Self-care Scale in the management of type 2 diabetes. The study population consisted of 45 patients who met the criteria of inclusion. **Conclusions:** The level of empowerment of diabetic patients who attend the "Association of Diabetics of Arequipa" Program is high in 60% , while self-care is adequate in 51.11% and regular and inadequate in 48.89%. Being the indirect and statistically non-significant relationship between the level of empowerment and self-care

Keywords: empowerment, self-care, diabetes, type 2 mellitus.

ÍNDICE

Pág

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2.1. Operacionalización de variables	2
1.2.2. Interrogantes Básicas	2
1.2.4. Tipo de Problema	3
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
3. OBJETIVOS	4
4. MARCO TEORICO	5
3. BASES TEÓRICAS	5
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	26
5. HIPÓTESIS	29

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS	30
2. INSTRUMENTOS	30
3. CAMPO DE VERIFICACIÓN	32
4. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	33

CAPÍTULO III

RESULTADOS

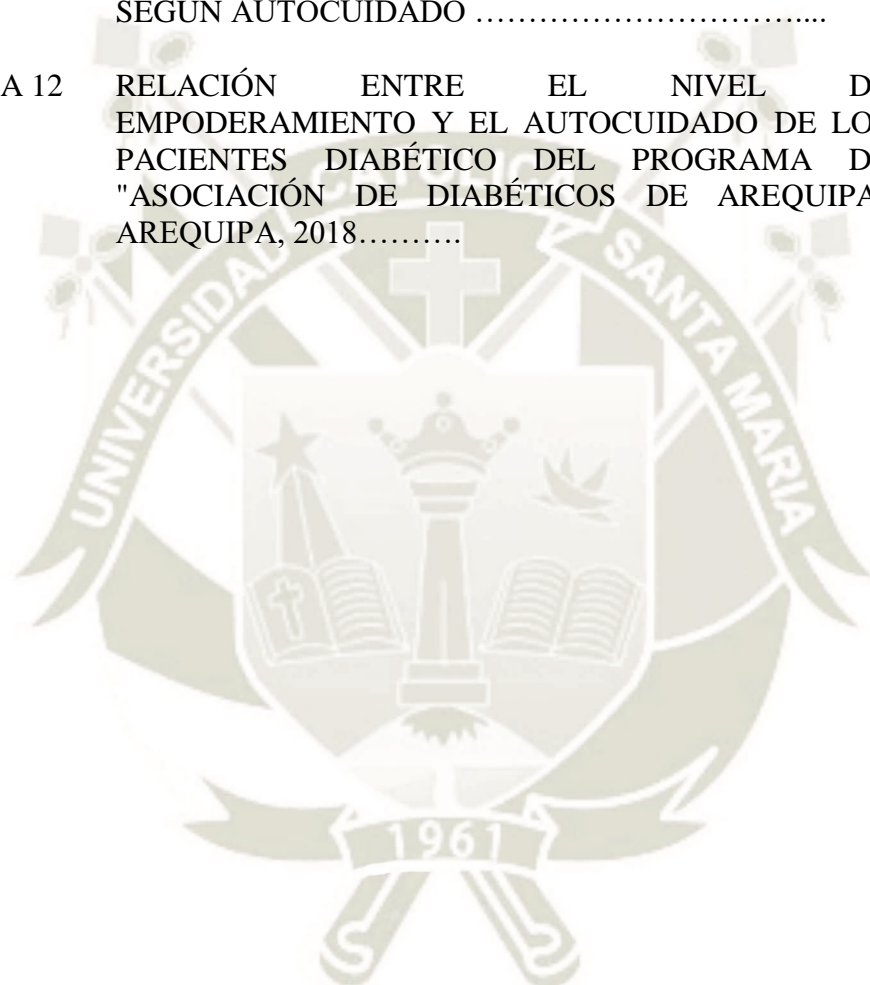
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	35
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	62



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN EDAD	36
TABLA 2	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN GÉNERO	37
TABLA 3	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN	38
TABLA 4	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN OCUPACIÓN	39
TABLA 5	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN ESTADO CONYUGAL	40
TABLA 6	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES	41
TABLA 7	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES.....	43
TABLA 8	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN INSATISFACCIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO	45
TABLA 9	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.....	47

TABLA 10	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD	49
TABLA 11	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN AUTOCUIDADO	51
TABLA 12	RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y EL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICO DEL PROGRAMA DE "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" AREQUIPA, 2018.....	53



ÍNDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO 1	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES	42
GRÁFICO 2	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES.....	44
GRÁFICO 3	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN INSATISFACCIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO	46
GRÁFICO 4	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.....	48
GRÁFICO 5	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD	50
GRÁFICO 6	PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN AUTOCUIDADO	52



CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Relación entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa", Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2018.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Ciencias de la Salud.

AREA: Enfermería.

LINEA: Salud del Adulto.

1.2.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	Datos Generales 1. Edad 2. Género 3. Nivel de instrucción 4. Ocupación 5. Estado Conyugal 6. Tiempo de evolución de la diabetes	20 – 45años 46 – 59años 60 a más años Masculino Femenino Ninguno Primaria Secundaria Superior Empleado Comerciante Independiente Ama de casa Cesante Soltero Casado Conviviente Viudo Separado < 5 años 6 – 10 años 11 a 15 años Más de 15 años
Independiente Nivel de empoderamiento en la salud	1. Manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes 2. Insatisfacción y disposición al cambio 3. Establecimiento y cumplimiento de objetivos	Bajo nivel: 104 – 140 puntos Regular nivel: 66 – 103 puntos Alto nivel: 28 – 65 puntos
Dependiente Autocuidado del paciente diabético	1. Dieta 2. Ejercicio 3. Automonitoreo de la glucosa 4. Evaluación de los pies 5. Control Médico	Adecuado: 74 – 100 puntos Regular: 47 – 73 puntos Inadecuado: 20 – 46 puntos

1.2.2. Interrogantes Básicas

¿Cuál es el nivel de empoderamiento para el control de su salud en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado?

¿Cómo es el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa del Hospital Regional Honorio Delgado?"

¿Existe relación entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado?

1.2.3. Tipo de problema

El presente estudio es de tipo descriptivo relacional de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia científica del presente estudio radica en que a partir de los resultados que se obtengan, se podrá tener una comprensión más clara acerca de cómo el nivel de empoderamiento puede estar relacionado con el autocuidado, y esto permitirá realizar sugerencias que motiven a los pacientes para lograr un control metabólico adecuado, estilos de vida, ejercicio físico y sobre todo prevenir las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, la misma que se encuentra en una tendencia creciente en su incidencia.

El estudio es de relevancia social, porque los pacientes que acuden al Programa de "Asociación de Diabéticos de Arequipa", del Hospital Regional Honorio Delgado, presentan condición socioeconómica muy deficiente en la mayoría de casos, y la diabetes mellitus agrega mucha carga económica y familiar, debido a los costos que demanda su atención médica y tratamiento, además de que genera cambios en los roles familiares, observando que muchas veces los hijos de los pacientes dejan de estudiar y deben trabajar para ayudar a solventar los gastos, pero principalmente, porque la enfermedad y la falta de empoderamiento para el control de su salud repercuten de forma negativa en el autocuidado, lo cual propicia que la enfermedad no sea controlada de forma adecuada y aumenta el riesgo de complicaciones crónicas.

El trabajo es de actualidad, porque en Arequipa se está observando un incremento en los casos de diabetes mellitus, la misma que se presenta incluso en personas jóvenes, por ello, es necesario evaluar las variables que influyen en la evolución y pronóstico de los pacientes con el propósito de mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida;

en tal sentido, se considera importante y necesario evaluar el empoderamiento para el control de su salud, porque es un proceso que permite que las personas adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, siendo necesario que tanto las personas como la comunidad desarrollen habilidades, mejoren su acceso a la información y a los recursos, y de esta forma tengan la oportunidad de participar activamente e influir en aquellas situaciones que afectan su salud y bienestar incluso en el contexto de las enfermedades crónicas.

Finalmente, nos motiva el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

1. Determinar el nivel de empoderamiento para el control de su salud en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado.
2. Evaluar el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa del Hospital Regional Honorio Delgado.
3. Establecer la relación entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado en pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. EMPODERAMIENTO PARA EL CONTROL DE LA SALUD

3.1.1. Concepto

El concepto de empoderamiento es empleado en múltiples contextos. En el campo de la salud, el empoderamiento, se utiliza en primer lugar, como un aspecto fundamental que guía las actividades y recomendaciones en torno a la promoción de la salud, y más recientemente es considerado una estrategia para la gestión de las enfermedades crónicas (1). En su aplicación en el campo de la salud, en sus inicios se adoptó el término empoderamiento para referirse a un elemento vertebrador en la promoción de la salud. Luego se utilizó para aumentar la autonomía y participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Pero debido al incremento de las patologías crónicas, el empoderamiento es considerado una estrategia empleada para que los pacientes participen y se hagan responsables por sí mismo de su autocuidado, con el propósito de mejorar su estado de salud (2). La Organización Mundial de la Salud, define empoderamiento como un “proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar” (3).

Aujoulat et al (2), definen el empoderamiento de la siguiente manera: “Es un proceso de comunicación y educación, entre profesionales y pacientes en la que se comparten conocimientos, valores y poder, y cuyo objetivo es una transformación personal”.

McAllister et al, señala: “El empoderamiento concibe a los pacientes como agentes autónomos con cierto control sobre su propia salud” (4).

Small et al. (5), señala: “Es un proceso y un resultado derivado de la comunicación entre los profesionales y los pacientes, en el que se intercambia información sobre recursos en

relación a la enfermedad, y que logra aumentar el autocontrol, la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y la capacidad de lograr un cambio de su condición”.

Anderson et al. (6), refiere: “El empoderamiento aplicado a la salud tiene que ver con el grado de elección, influencia y control que tienen los enfermos en relación al tratamiento, la enfermedad y la relación con los profesionales”.

La definición de Aslani(7) señala: “Es un proceso y un resultado, por el que los pacientes adquieren autoconfianza y la autoeficacia para participar de forma activa en las consultas relacionadas con la salud y en última instancia ejercer el poder para tomar decisiones sobre su tratamiento”.

Fotoukian et al. (8), define: “El paciente empoderado es aquel capaz de informar de los cambios, que desarrolla actividades de autocuidado, con capacidad y competencia para el afrontamiento y la autogestión de la enfermedad de forma independiente y que sienten que tienen el control sobre la propia vida”.

3.1.2. Evolución del concepto

El término “empowerment” que significa empoderamiento, se viene utilizando desde los años setenta del pasado siglo, siendo sus primeras reseñas en la literatura anglosajona, sus primeras acepciones se empleaban casi siempre unidas a movimientos sociales y políticos que se oponían a la opresión, falta de justicia y reclamando equidad, sobre todo era empleado por movimientos vinculados al desarrollo, defensa de la no-violencia, defensa de los derechos humanos y a ciertos grupos minoritarios de la población como es el caso de homosexuales, mujeres, comunidades afroamericanas, etc. El empoderamiento fue muy utilizado por grupos de mujeres para referirse a la resistencia y movilización política en búsqueda de la igualdad de géneros. Las raíces del empoderamiento se remontan a las teorías de la educación liberadora de Pablo Freire entre otras descripciones realizadas en latinoamérica y las teorías del poder de la ciencia social crítica (9). Gonzalo Musitu (10) señala que fue Rappaport a finales de los ochenta, quién en el marco de la psicología comunitaria, desarrolló la teoría del empoderamiento como válida sirviendo como guía para la investigación científica, luego de lo cual, su uso se generalizó en la literatura científica, sobre todo en las

Ciencias Sociales y en las declaraciones de las agencias internacionales en los ámbitos de promoción y desarrollo en colectivos de mujeres, jóvenes, salud, desarrollo, etc.

3.1.3. Dimensiones del empoderamiento

a. Dimensión personal

El empoderamiento desde la dimensión personal se refiere al desarrollo del control personal y de la obtención de competencias para que las personas puedan actuar, buscar apoyo social y lograr el perfeccionamiento de sus habilidades interpersonales, sociales y políticas. Es decir, que empoderamiento en la dimensión personal, favorece el desarrollo de las personas, promueve su capacitación para que éstas puedan adquirir competencias que los ayuden a relacionarse y poder tener una intervención adecuada y activa en la sociedad (11). Esta dimensión incluye los dos primeros niveles a los que hace referencia Rowlands (12), y son, el personal y el de las relaciones cercanas, el mayor empoderamiento en esta dimensión produce cambios en la autopercepción, confianza, capacidad individual y en las habilidades para negociar e influenciar la naturaleza de las relaciones humanas y poder tomar decisiones al interior de tales relaciones.

b. El empoderamiento organizacional

El empoderamiento organizacional, permite que se incorporen procesos que facilitan el control en las organizaciones y, a su vez, que éstas puedan influir en las políticas y decisiones en la sociedad. El empoderamiento organizacional destaca la importancia que tienen las estructuras organizativas en el desarrollo sociopolítico y en la necesidad de fortalecer y “empoderar” a las organizaciones, y es en este contexto donde adquieren importancia los aspectos como la inclusión, democratización, cohesión, transparencia, rendición de cuentas, entre otros (11).

c. Empoderamiento comunitario

El empoderamiento comunitario o colectivo, está referido al proceso por el que una comunidad obtiene poder y gracias a ello, se incrementa su habilidad y posibilidad para crear los cambios que necesita para mejorar. También se define como: “el proceso de

acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control por los individuos y las comunidades, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y la justicia social” (11).

La dimensión del empoderamiento comunitario, es la dimensión más estructural y política, dado que los individuos que conforman una comunidad, trabajan de forma conjunta, para juntos lograr un mayor impacto, al que podrían lograr de forma separada. Es decir, que para que se desarrolle esta forma de empoderamiento, se necesita de la acción colectiva que tiene como pilar fundamental la cooperación más no la competencia, y en la que se incluyen la participación de las estructuras políticas. El empoderamiento comunitario se da en el ámbito micro, que incluye el barrio, la zona vecinal, el distrito, así como a nivel macro que incluye el ámbito regional, nacional, de agencias internacionales y otros (11).

3.1.4. Evaluación del empoderamiento

La evaluación del empoderamiento se realiza mediante la aplicación de instrumentos en la modalidad de cuestionarios, se han desarrollado instrumentos específicos para evaluar el empoderamiento en el ámbito de la Atención Primaria y en la asistencia hospitalaria. También se ha encontrado que existe un instrumento de empoderamiento en salud mental, dos de diabetes, dos de cáncer y uno de genética (11).

3.1.5. Importancia del empoderamiento en Atención Primaria de Salud

La salud, y su promoción, se analizan en los contextos sociales y de las condiciones de vida. Las brechas sociales, económicas y culturales acarrearán también desigualdades en salud. En razón de lo cual, el poder conocer y salvar tales brechas, tienen una connotación que va más allá de los aspectos sanitarios exclusivamente, sino que es una responsabilidad compartida. La promoción de la salud se define como “el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud” (13). En la misma definición de promoción de la salud, está implicado el concepto de empoderamiento, porque en la promoción de la salud se busca que las personas puedan tener control de los factores

que determinan la salud tanto en la dimensión personal como en la dimensión comunitaria.

La OMS se empieza a enfocar en los conceptos e importancia del empoderamiento desde hace varios años. La Primera conferencia internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, aclara el concepto de Promoción de la Salud, en el cual se mencionan acciones claves para lograr la estrategia de la OMS de Salud para Todos. En la carta de Ottawa se incluía como dichas acciones claves el establecimiento de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables, fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud. La misma OMS, destaca la importancia que las organizaciones, los sistemas de salud y las comunidades organizadas. Según la OMS, el empoderamiento en la Promoción y Atención Primaria de Salud, permite que las personas puedan tener un mayor control sobre las decisiones y las acciones que afectan a su salud, entonces, se puede señalar que el empoderamiento individual, se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal. En el caso de la diabetes mellitus, por ejemplo, es importante que el paciente pueda decidir adherirse de forma adecuada a la dieta, cumplir con las recomendaciones dietéticas para lograr el control de la glucosa, pero también, debe poder decidir hacer cambios en su vida cotidiana que impliquen el realizar ejercicios, cumplir el tratamiento, abandonar el tabaquismo, y otras actividades que han sido señaladas como aspectos claves en el tratamiento. Mientras que el empoderamiento comunitario incluye a los individuos que actúan colectivamente para poder tener una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y como estos afectan su calidad de vida en la comunidad donde vive siendo reconocida como una meta importante en la acción de la comunidad para la salud (14).

3.2. AUTOCUIDADO

3.2.1. Concepto

El concepto más representativo o clásico del autocuidado lo aportó Levin (15), quién lo definió de la siguiente manera: “el proceso por el que la propia persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y

prevención de la enfermedad y de la aplicación de los tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud”. Es decir, que de acuerdo a este concepto, el autocuidado queda fuera del dominio del sistema de cuidado de salud profesional y es considerado como un proceso individual, el que cada persona debe practicar.

El concepto de Dean(16) señala que: “el autocuidado puede emprenderse independientemente o junto a los profesionales de la salud, e incluye la dimensión de no hacer nada, como un aspecto importante del mismo. En este sentido, si consideramos el autocuidado de libre determinación, la decisión de consultar a un profesional podría ser considerada una dimensión del autocuidado, de forma que la relación complementaria entre el autocuidado y el cuidado profesional, sugiere que este último sea una dimensión necesaria para la promoción del bienestar y la salud”. El mismo Dean (16) señala que el autocuidado debe formar parte del estilo de vida de cada persona, y este es entendido como los patrones de conducta que representan la manera en que las personas interactúan con el medio social en que se desarrollan.

Hickey et al (17), definen el autocuidado como: “la reacción-conducta inmediata del individuo frente a la enfermedad, sus estrategias básicas y los pasos que realiza para mantener la salud, incluyendo la interacción con el sistema sanitario”. Mientras que Punamäki y Aschan (18) aportan una perspectiva un tanto diferente para definir el autocuidado señalado que a esencia del autocuidado: “como la capacidad de los individuos para ejercer el control (mastery) sobre su salud o enfermedad”.

El autocuidado ha sido conceptualizado bajo el punto de vista de las profesiones de Medicina, Enfermería y Psicología, porque estas tienen como objeto de estudio, a la persona, su salud y las enfermedades que le afectan (19). Para la medicina, el autocuidado ofrece que las personas puedan tener la posibilidad de cambiar la naturaleza y frecuencia con la que cada paciente necesita de la búsqueda de atención profesional. Por tanto, cuando los médicos promueven el autocuidado, lo hacen con el objetivo de que los pacientes realicen acciones que clásicamente han sido realizadas por los médicos entonces, se transfiere la responsabilidad del cuidado al propio paciente (19).

Desde la enfermería, el autocuidado ha presentado una mayor relevancia y ha sido muy influenciado por los valiosos aportes de Orem (20), quien "justifica" que las enfermeras

participen con su cuidado profesional en todas las situaciones en las que la persona no puede cuidar de su salud de manera personal, o cuando no tiene la motivación para cuidar de sí misma. Para Orem (20), el autocuidado es el repertorio más básico del cuidado de la salud y define el término como: “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Entonces se afirma que el autocuidado, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma”. Para la ciencia de la Enfermería, el autocuidado es un paradigma que orienta hacia una actividad del individuo que es aprendida por el mismo y que está orientada hacia el logro de un objetivo. Es una conducta que surge frente a determinadas circunstancias concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí mismo o hacia su entorno, con el propósito de regular todos los factores que afectan su desarrollo personal y la actividad que realiza en beneficio de la vida, la salud y el bienestar (20).

La psicología es otra de las ciencias que aporta diferentes conceptos acerca del autocuidado, esto se realiza mediante el estudio de varios procesos psicológicos que guardan relación con el autocuidado, entre los que destacan la autoestima, la autoeficacia, el locus de control y, mediante el estudio de cómo las personas se mantienen sanas, las razones por las que se enferman y las respuestas o el afrontamiento en caso de enfermedad. Esa partir de lo anterior, que los psicólogos han desarrollado modelos teóricos acerca del autocuidado, los mismos que están orientados a explicar y predecir los comportamientos de las personas en torno al cuidado de su salud (19).

De acuerdo a los diferentes aportes realizados en diferentes estudios y los informes de la OMS, se puede concluir que el estilo de vida, basado en una serie de conductas o comportamientos identificables y que están dados por la estrecha relación entre las características personales, las interacciones sociales y las condiciones de vida tanto a nivel socioeconómico como ambientales, tienen un gran efecto en la salud de las personas y es por ello, que se señala que los autocuidados forman parte del estilo de vida (19).

3.2.2. Origen del autocuidado

El concepto de autocuidado surgió entre los años 60 y 70 del pasado siglo, época en la que se observó la importancia que tenía el hecho de que las personas adoptasen un rol activo en caso de tener enfermedades antes que un afrontamiento pasivo tradicional. Se observó que todos los pacientes que tenían un mayor grado de control sobre sus vidas y sobre su enfermedad requerían menos cuidados de los profesionales y mejoraban su calidad de vida (21). Durante estas décadas, el autocuidado era visto como un movimiento social en contraposición a la hegemonía médica, pero también era visto como una estrategia que permitía disminuir el uso de los servicios de salud, que iban presentando costos cada vez mayores (22). Para entonces, el autocuidado recibía una acepción, más filosófica y orientada al pragmatismo antes que una visión del autocuidado como una cualidad propia de los seres humanos.

En la política de “Salud para todos en el siglo XXI”, la OMS otorga una alta importancia a la participación activa de las personas para el cuidado personal de la salud. El objetivo 8º, plantea la disminución de las enfermedades transmisibles, y para ello afirma que es necesario impulsar el autocuidado siendo uno de los ejes más importantes de la promoción de la salud, y los define como “las actividades que los individuos, familias y comunidades emprenden con la intención de mejorar, prevenir o controlar la enfermedad y restaurar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y habilidades técnicas y de la propia experiencia de la vida. Son emprendidas por las personas bien, por decisión propia o en colaboración con los profesionales” (23).

3.2.3. Agencia de autocuidado

La agencia de autocuidado ha sido definida como: “la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, y decidir lo que puede y debería hacerse, con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo” (24).

La capacidad de agencia de autocuidado que las personas diabéticas necesitan desarrollar es muy importante, porque va favorecer que puedan prevenir las complicaciones propias de la diabetes. Por ello es necesario que la persona diabética aprenda y adopte algunas conductas especiales y particulares que le permitan tener una buena capacidad de agencia de autocuidado y para poder desarrollar estas características es necesario que desarrolle habilidades en base a los siguientes tres elementos (25):

- a. **Capacidad fundamental y disposición del autocuidado**, que están constituidas por habilidades básicas de la persona y son la sensación, percepción, memoria y orientación.
- b. **Componente de poder**, estas son habilidades que motivan a que la persona realice la acción de autocuidarse, para ello requiere de la motivación, adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades para ordenar sus acciones de autocuidado y que pueda tener la capacidad de integrar su autocuidado en las distintas esferas o dimensiones de su vida familiar y comunitaria.
- c. **Capacidad de operacionalizar**, esto se refiere a las habilidades que posibilitan a la persona a investigar sobre las condiciones de sí mismo y de su medio ambiente, que tienen importancia para su autocuidado, también para que pueda tomar decisiones y realizar las acciones necesarias que le permitan tener un manejo adecuado de su enfermedad (26).

3.2.4. Actividades de autocuidado

De acuerdo a la teorías, las actividades de autocuidado son todas las acciones que las personas realizan de forma deliberada con el propósito de regular su propio funcionamiento y desarrollo para lograr beneficios en su vida, su salud y su bienestar. Las acciones de autocuidado no son innatas, más bien deben ser aprendidas en base a una serie de creencias, hábitos y prácticas que son típicos o representativos de cada

persona, de su lugar de origen y de los modos de vida culturales que presenta el grupo en el que se desarrolla la persona (27).

3.2.5. Principios para el autocuidado

- a. El autocuidado es un acto de vida que favorece que las personas puedan ser sujetos activos en la toma de sus propias acciones y decisiones, es decir, que es un proceso voluntario que la persona debe tener para consigo misma.
- b. El autocuidado representa una responsabilidad individual y debe, al mismo tiempo, ser una filosofía de vida que esté íntimamente ligada a las experiencias y vivencias de la vida diaria.
- c. El autocuidado se basa en un sistema formal como lo es el de salud, y un sistema informal, que es el apoyo social.
- d. El autocuidado presenta un carácter social, dado que implica que las personas tengan un cierto grado de conocimiento y que puedan elaborar un saber, dando lugar a interrelaciones.
- e. Cuando las personas realizan prácticas de autocuidado, tanto para proteger su salud como para prevenir enfermedades, siempre las realizan con la certeza de que podrán mejorar su nivel de salud.
- f. Para que pueda haber autocuidado, es necesario que las personas alcancen un cierto grado de desarrollo personal, el mismo que está mediado por una permanente actitud de fortalecimiento del auto concepto, el autocontrol, la autoestima, la auto aceptación y la resiliencia (28).

3.2.6. Autocuidado en el control de la diabetes mellitus

El autocuidado de las personas diabéticas incluye:

a. Dieta: La alimentación en las personas diabéticas, es quizá uno de los aspectos más importantes y se basa en una dieta equilibrada y sana que debe tener dos características fundamentales (29):

- Restricción y moderación del consumo de azúcares (glucosa) de digestión y adsorción rápida como la contenida en los pasteles, azúcar, algunas frutas, zumos, etc.
- Distribución de los hidratos de carbono en la dieta, se recomienda que las personas diabéticas tengan de 4 a 6 comidas al día, para evitar las elevaciones de glucosa en sangre luego de la ingesta y también para evitar las hipoglucemias entre las diferentes comidas.

Para las personas diabéticas se deben aportar nutrientes en unos porcentajes de kilocalorías (Kcal) adecuados, lo cual se debe realizar en función del control del peso y los niveles de glucosa sanguínea (29):

- Glúcidos (hidratos de carbono), 50-55 % de las Kcal/diarias (con supresión de azúcares simples).
- Lípidos (grasas), 30-35 % de las Kcal/diarias (evitar el exceso de ácidos grasos saturados).
- Proteínas, 15 % de las Kcal/diarias (evitar alimentos proteicos grasos) (29).

b. Ejercicio diario: Las personas con diabetes tipo 2, deberán realizar por lo menos 150 min/semana de algún tipo de actividad física, de preferencia aeróbica moderada-intensa, la frecuencia sugerida es por lo menos tres días a la semana y sin más de dos días consecutivos sin realizar ejercicio. No se debe realizar ejercicio si los valores de glucemia son superiores a 300mg/dl (30).

c. Hipoglucemiantes orales y aplicación de insulina: los pacientes deben cumplir con ingerir sus medicamentos según el horario y dosis de medicamentos prescritos.

d. Monitoreo de la glucosa: los pacientes deberán monitorear diariamente su glucosa y anotar diariamente las cifras obtenidas.

e. Cuidado de los pies en relación a higiene y observación estricta de color, sensibilidad, lesiones e infecciones: una de las complicaciones, más graves y frecuentes de la diabetes mellitus es el pie diabético, como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Por ello es necesario que las personas diabéticas tengan un buen tratamiento y se examinen los pies de forma regular, esto permite prevenir una gran parte de las amputaciones (29).

g. La salud oral: estas personas presentan un mayor riesgo de inflamación de las encías, sobre todo cuando hay mal control de la glucosa. La gingivitis y enfermedad periodontal es causa importante de pérdida de dientes y también incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares (31).

h. Incluir una evaluación psicológica, esto se realiza para evaluar de forma rutinaria problemas psicosociales, como depresión, angustia, ansiedad, trastornos de alimentación y deterioro cognitivo relacionadas con la diabetes tipo 2 y aquellas que puedan surgir en el entorno familiar y laboral. La diabetes es una enfermedad complicada que requiere de la vigilancia y cuidados constantes, la información de esta enfermedad es necesaria para lograr hábitos saludables en la persona con diabetes tipo 2 (29).

3.3. DIABETES MELLITUS

3.3.1. Concepto

Según la American Diabetes Association (ADA), citada por El Naggar y Kalra ⁽³²⁾, la diabetes mellitus “es un grupo de trastornos metabólicos que se caracterizan por la hiperglucemia, que es resultado de los defectos de la secreción o la acción de la insulina, o ambas”. En la diabetes mellitus están implicados una serie de procesos fisiopatogénicos que predisponen al desarrollo de la enfermedad, siendo los más relevantes la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas y las alteraciones que llevan a la resistencia a la acción de la insulina (33).

3.3.2. Epidemiología

La prevalencia de la Diabetes mellitus tipo 2, se encuentra en torno al 85 al 95% de los casos de diabetes, es decir, que es el tipo de diabetes mellitus más frecuente, y se caracteriza fundamentalmente por la resistencia a la insulina, que tiene su origen en la disminución progresiva en la producción de insulina (33). En todo el mundo, se está produciendo un gran incremento en el número de personas diabéticas, incremento que es resultado de los numerosos cambios de estilos de vida, que incluyen la dieta con excesivo contenido calórico, la alimentación con “comida chatarra”, el alto consumo de bebidas azucaradas, lo cual se ve agravado por el sedentarismo y falta de actividad física que presenta la mayoría de la población, que de manera conjunta favorecen a la epidemia de sobrepeso y obesidad que se está presentando a nivel mundial (34). En el Perú, datos de la Encuesta Demográfica de Salud (ENDES) del año 2013, en el que se evaluaron 7 000 hogares a nivel nacional con personas desde los 18 años, se encontró que la prevalencia de sobrepeso es de 33,8% y 18,3% de obesidad. El incremento en la prevalencia e incidencia de personas con sobrepeso y obesidad causa alteraciones de la homeostasis de la glucosa, entre los que se tiene la resistencia a la insulina, que lleva a la hiperglicemia, siendo el punto de partida para la prediabetes y diabetes (35).

A nivel internacional, la epidemiología de la DM2 es variable en distintas zonas geográficas, es más prevalente en países en vías de desarrollo, y sobre todo en las zonas rurales, los países desarrollados tienen una prevalencia intermedia, aunque hay algunos grupos étnicos que tienen una alta predisposición a desarrollar la DM, entre ellos están los indios Pima en Arizona y los indios Nauruans en Micronesia, siendo característico en estas poblaciones la gran incidencia de obesidad. A partir de estas observaciones, se ha podido crear la hipótesis del “genotipo ahorrador”, que señala, que la susceptibilidad genética a la obesidad que presentan estas poblaciones representa una desventaja en los lugares o momentos en los que se tiene abundancia de alimentos, siendo una situación ventajosa en épocas de escasez de alimentos. También se presenta mayor incidencia de DM en las poblaciones que viven sobre los 3000 msnm y en las poblaciones que viven en la costa (36).

Entre los factores de riesgo de mayor importancia para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 se tiene (36):

- Edad mayor a 45 años, aunque se está incrementando en niños y jóvenes que tienen obesidad.
- Tener historia de familiares con diabetes, principalmente el antecedente en los padres y/o hermanos, abuelos.
- Sobrepeso.
- Sedentarismo y actividad física con una frecuencia menor a tres veces por semana, o no realizar ninguna actividad física.
- Raza, tienen mayor riesgo los hispanos, afroamericanos, indios Pima de Alaska, americanos con ascendencia asiática o de las islas del Pacífico.
- Tener hipertensión arterial (140/90 mmHg o mayor).
- Colesterol HDL menor de 35 mg/dL o triglicéridos mayores de 250 mg/dL
- Haber presentado diabetes gestacional o un recién nacido macrosómico.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Acantosis nigricans.
- Antecedente de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular o de miembros inferiores.
- Antecedente de alteración en la prueba de tolerancia a la glucosa (36).

3.3.3. Fisiopatología

El desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, está directamente relacionado con la obesidad, la misma que constituye una condición que está presente en casi todos los pacientes, la obesidad hace que se desarrolle resistencia a la insulina (RI), a lo cual debe agregarse fallas o deterioro en la función de las células β del páncreas. Entonces para poder superar el estado de resistencia a la insulina, la célula β se ve obligada a iniciar un proceso para aumentar su masa celular, es decir, se hace mucho más grande para poder producir mayor cantidad de insulina, llamado hiperinsulinismo, el mismo que al principio es eficaz en compensar la RI, y logra mantener los niveles de glucemia en la normalidad durante un tiempo, luego del cual, la célula β pierde su capacidad de mantenimiento de la hiperinsulinemia compensatoria, entonces se produce un déficit relativo de insulina en relación a la RI, este déficit hace incrementar la glicemia, llevando a la persona a un estado de hiperglucemia, que al principio es en los estados

post-prandiales y luego en el estado de ayunas, dándose allí el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (37).

3.3.4. Manifestaciones clínicas

Las principales manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2, son poliuria (excreción de abundante orina), polidipsia (necesidad exagerada de beber), estas se presentan lentamente en aproximadamente una a dos semanas, también son frecuentes la visión borrosa, cansancio, astenia (debilidad y fatiga), adinamia (ausencia total de fuerza física), pérdida de peso no explicada por una dieta o la actividad física (33).

3.3.5. Diagnóstico

Para poder realizar el diagnóstico clínico de la enfermedad, se debe identificar la hiperglucemia, la misma que es la responsable de que se presenten complicaciones como la retinopatía, cuando la glicemia es mayor a 126 mg/dl de GB o de 200 mg/dl tras dos horas de la ingesta de 75 g de glucosa. Se ha demostrado que los pacientes que presentan cifras de hemoglobina glicosilada HbA1c $\geq 6,5$ % presentan retinopatía, siendo esta la razón por la cual se solicita la prueba de HbA1c para el diagnóstico y control de la enfermedad. El valor de glucemia al azar ≥ 200 mg/dl, además de la presencia de los síntomas típicos de la hiperglucemia es un criterio para el diagnóstico de la diabetes mellitus, y no es necesario realizar la prueba de confirmación. En los casos en los que se presentan valores de glucemia muy altos aunque no cumplan los criterios diagnósticos de la enfermedad, se debe realizar la prueba de tolerancia a la glucosa y evaluar también la HbA1c, que por lo general se encuentra alterada. Estas alteraciones son categorías diagnósticas cuyo valor es predecir el desarrollo de diabetes en los años o meses siguientes. En la siguiente tabla se presentan los criterios diagnósticos de la diabetes mellitus tipo 2 (33):

	Glucemia Basal ^a (mg/dl)	Glucemia a las 2 h tras SOG^b (mg/dl)	HbA1c c (%)	Glicemia casual (mg/dl)
Diabetes	≥ 126	≥ 200	≥ 6,5	≥ 200 y síntomas
GBA	100-125	-	-	-
ITG	-	140-199	-	-
HbA1c Elevada	-	-	5,7-6,4	-

a: En ayuno de al menos 8 horas.

b: Se debe realizar con carga de hidratos de carbono equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

c: Se realiza con el método NGSP/DCCT.

GBA: glucemia basal alterada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; ITG: intolerancia a la glucosa; SOG: sobrecarga oral de glucosa. Para realizar un diagnóstico correcto, todas las pruebas realizadas explicadas en la tabla deben repetirse dos veces.

3.3.6. Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus, está basado en tres pilares fundamentales que son modificación de los estilos de vida, ejercicio físico y tratamiento farmacológico:

a. Modificación en los estilos de vida

Es indispensable que el paciente al que se le ha diagnosticado diabetes realice una modificación sustancial en sus estilos de vida, esto incluye una alimentación equilibrada y aumentar la actividad física de acuerdo a las necesidades y condición física de cada persona, se debe abandonar el tabaquismo, disminuir la ingesta de bebidas alcohólicas disminuir el sobrepeso, todas estas medidas contribuyen a la prevención y control de la enfermedad y a la prevención de las complicaciones (38).

Uno de los aspectos más importantes para la prevención y control de la diabetes es la alimentación, por ello se les debe aconsejar a los pacientes que sigan la dieta mediterránea, cuyas características es ser rica en grasas monoinsaturadas, con mayor contenido de hidratos de carbono, lo cual mejora la prediabetes, el control glucémico y los factores de riesgo cardiovasculares. Los pacientes a quienes se diagnostica prediabetes o diabetes requieren de asesoría nutricional individualizada para que se recomiende la dieta más adecuada a sus necesidades y gasto calórico de manera que pueda disminuir el sobrepeso, mejorar el perfil lipídico y controlar los factores de riesgo cardiovasculares. Las recomendaciones nutricionales incluyen lo siguiente (38):

- Se debe procurar que el paciente alcance una pérdida moderada de peso, hasta que su índice de masa corporal sea de 25 kg/m².
- Debe seguirse una dieta hipocalórica, a la cual se agrega un programa adecuado de ejercicio físico para ayudar a la pérdida de peso.
- La alimentación será bien equilibrada y variada, los suplementos vitamínicos, de minerales y antioxidantes no son necesarios.
- El paciente deberá adherirse a este plan de alimentación para toda su vida.
- Es importante la disminución calórica, para ello se puede disminuir la ingesta calórica total, o reducir el aporte de grasas, hidratos de carbono (sin que sea menor de 50 g/día) o aumentar la ingesta de hidratos de carbono de bajo índice glucémico.
- Para controlar el índice glucémico y la carga glucémica, se elegirán alimentos ricos en fibra, entre las que se encuentran las hortalizas, verduras, legumbres y cereales integrales.
- La ingesta de fibra diaria debe ser mayor a 40 g/día (o 20 g/1000 kcal/día), lo cual es útil para prevenir y controlar la DM2.
- Limitar el consumo de alcohol, teniendo como máximo 2 unidades/día en varones y 1 unidad/día en mujeres.
- Reducir la ingesta de sal a menos de 2300 mg/día.
- La distribución de macronutrientes ingeridos diariamente se estructura con: 45-60 % de hidratos de carbono, 15-20 % de proteínas y < 35 % de grasas.

- La grasa saturada debe ser $< 10\%$ del total de las calorías ingeridas por día, el 5-10% será aportado por ácidos grasos poliinsaturados con menos de 200 mg de colesterol y la menor cantidad posible de grasa trans.
- La persona diabética debe ingerir 5 comidas/día.
- Se debe tener en cuenta los gustos personales para realizar el menú semanal, las raciones y los cambios que se puedan incluir en la dieta.

b. Ejercicio físico

El ejercicio físico realizado de manera regular es uno de las indicaciones más importantes que se deben dar a los pacientes con prediabetes o diabetes, su utilidad radica no sólo en coadyuvar a la pérdida de peso, además favorece que el pacientes tenga un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre, modifica los factores de riesgo cardiovascular y metabólicos, regular el perfil lipídico, ayuda en la redistribución de la grasa corporal, disminuye la obesidad visceral y también mejora el bienestar, calidad de sueño y calidad de vida del paciente. También es importante porque ayuda a mejorar la concentración de HbA1c. Las recomendaciones acerca del tipo de ejercicio a realizar debe incluir ejercicio aeróbico, ejercicios de resistencia, que son muy eficaces en la prevención y control de la DM2, la enfermedad cardiovascular, el síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas asociada a la diabetes (39).

c. Tratamiento farmacológico

En el control de la diabetes mellitus, es indispensable realizar una adecuada elección de los medicamentos antidiabéticos y ello se basa en el nivel de A1C específico del paciente, es recomendable que los pacientes con A1C $> 8,5\%$ reciban insulina. Se han incorporado al mercado nuevos fármacos antidiabéticos, los cuales, a pesar de ser más costos, presentan mejores perfiles de eficacia, seguridad y su administración es más cómoda para los pacientes. El medicamento a prescribir al inicio del tratamiento es la metformina, pasados dos a tres meses se deberá incluir un segundo fármaco o en cualquier momento si no mejora la A1C, en caso de no lograr el control, se puede

incluir un tercer o cuarto fármaco para alcanzar el nivel objetivo de A1C, porque la inclusión de varios fármacos permite atacar la hiperglicemia desde múltiples vías y mecanismos de acción (40).

3.4. TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTEA OREM

Para Orem, las necesidades o requisitos de autocuidado ante situaciones de alteración de salud, son aquellos derivados de una enfermedad, daño o lesión, los cuales, llevan a la persona a buscar asistencia profesional, seguir un tratamiento terapéutico farmacológico y no farmacológico, cambiar hábitos de vida, atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud, aceptar una serie de restricciones y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto o aprender a vivir con su problema de salud. En este modelo se identifican una serie de factores básicos condicionantes que van a influir, por una parte, en la naturaleza y la cantidad de acciones de autocuidado que necesita realizar la persona, y por otra, en las capacidades de la persona para encargarse de su autocuidado. Estos factores son: la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, patrón de vida, factores ambientales, factores del sistema familiar y disponibilidad y adecuación de recursos (41).

Así mismo, Orem (41) (42) establece que los individuos que están enfermos y recibiendo tratamiento deben seguirlo adecuadamente. Cuando esto no ocurre así, surge el diagnóstico: “Manejo Inefectivo del Régimen terapéutico” (MIRT), definido como: “El patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud”.

Dorotea Orem (43) en su búsqueda de la comprensión de la Enfermería culmina en 1970 la denominada Teoría de Enfermería del Autocuidado, que integra a su vez la teoría del Autocuidado, la teoría del Déficit de Autocuidado, y la teoría del Sistema de Enfermería. Orem (43) explica en su Teoría del Autocuidado que en el término autocuidado, la palabra “auto” se utiliza de forma dual: “cuidados para uno mismo” y “cuidados realizados por uno mismo”. Por tanto “El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”. La persona que lleva a cabo la acción de autocuidado se denomina agente de autocuidado. Normalmente, los adultos cuidan de sí mismos de

forma voluntaria, y por tanto ellos mismos son su propio agente de autocuidado. Pero si la persona que realiza la acción de autocuidado no es la misma que la que tiene la necesidad del cuidado, entonces hablamos de agente de cuidado dependiente. Este es el caso de los lactantes, niños, ancianos, enfermos e incapacitados que requieren cuidados completos o parciales de ayuda a las actividades de autocuidado y por tanto precisan de un agente de cuidado dependiente que será, según el caso, un familiar o allegado (los padres en caso de un niño o el cuidador/a principal en caso de un adulto o mayor) o un/a profesional de la salud (la enfermera).

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado es considerar el autocuidado como una conducta, esto es, como un comportamiento aprendido que existe en situaciones concretas de la vida y constituye una contribución constante del individuo para mantener su propia existencia, su salud y su bienestar. Al ser una conducta, el autocuidado se considera una acción intencionada, esto significa que es una actividad que persigue un propósito u objetivo. Lo que implica que previamente la persona ha hecho una búsqueda, una reflexión, un juicio sobre la situación y una toma de decisiones voluntaria sobre lo que es apropiado hacer o no en las condiciones y circunstancias presentes en cada momento. A su vez esto supone que las acciones de autocuidado buscan un resultado esperado y que este se identifica antes de emprender la acción. A modo de ejemplo, cuando una persona inicia las acciones de preparar la comida para alimentarse (autocuidado básico para el mantenimiento de la vida) busca como resultado calmar el hambre, prepararse para el gasto energético de un día de trabajo o disfrutar comiendo, y cualquiera de estos propósitos los identificó antes de comenzar la acción (44).

La conducta de autocuidado es necesaria para el funcionamiento vital de la persona, por ello cada persona realiza diariamente, para sí misma o sus seres queridos dependientes, un mínimo de actividades para el mantenimiento de su salud y bienestar. Sin embargo esta conducta no es innata, sino que se aprende y Orem desarrolló dos premisas para ella (43):

- 1 El autocuidado es una conducta aprendida a través de las relaciones interpersonales y la comunicación.
- 2 Las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida y la salud, y pueden tener tal responsabilidad sobre otras personas.

Orem (43) introduce el concepto de déficit de autocuidado cuando hay una limitación para el autocuidado. Es preciso recordar que en caso de enfermedad se deben considerar dos aspectos:

- 1) La cantidad y el tipo de acciones de autocuidado que es necesario realizar para satisfacer los objetivos o necesidades de autocuidado: demanda de autocuidado terapéutico.
- 2) La capacidad de la persona o agencia de autocuidado para satisfacer las necesidades u objetivos de autocuidado.

El término déficit de autocuidado se refiere, no tanto al hecho del diagnóstico de enfermedad, sino a la relación entre la capacidad de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de las personas, y se aplica cuando las capacidades de autocuidado presentan limitaciones para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico. La limitación para el autocuidado puede ser total o parcial, afectando incluso a la capacidad de satisfacer un solo requisito de autocuidado dentro de toda la demanda de autocuidado terapéutico. A modo de ejemplo, una persona con diabetes ve modificada su alimentación (autocuidado universal). Esta enfermedad requiere un conocimiento específico del tipo de alimentos, cantidades y distribución a lo largo del día, y la persona debe realizar un mayor número de acciones para alimentarse (pesar los alimentos, cocinar de forma diferente) debido a la enfermedad (tiene unos requisitos de autocuidado de desviación de la salud). Realizar estas acciones de autocuidado implica un aprendizaje y el desarrollo de las capacidades y habilidades necesarias, no solo para realizar las acciones, sino también para la toma de decisiones (por ejemplo qué comer y cómo actuar en una celebración familiar). Dependiendo de la conducta de autocuidado de la persona, la enfermera podrá determinar si se cubre la demanda de autocuidado o si hay limitaciones para ello, en cuyo caso estamos ante un déficit de autocuidado (43).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. INTERNACIONALES

- Nutchanath, W., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., Johnson, M. (2017), Tailandia, en su estudio: Ensayo controlado aleatorio de un programa de auto-gestión orientada a la familia para mejorar la autoeficacia, el control glucémico y la calidad de vida entre los individuos tailandeses con diabetes tipo 2, y concluyen, que excepto por la edad, no se observaron diferencias significativas entre grupos en todas las demás características basales. La autoeficacia de la diabetes, la autogestión y la calidad de vida mejoraron en el grupo de intervención, pero no se observó mejoría en los controles (45).
- Yin, J., Yeung, R., Luk, A., Tutino, G., Zhang, Y., et al. (2016), China, en el estudio: Influencia del género, la educación sobre la diabetes y los factores psicosociales en el persistente control glucémico deficiente en pacientes con diabetes tipo 2 en el programa JADE (Joint Asia Diabetes Evaluation), y llegaron a la conclusión de que la educación brindada, permite mejorar los comportamientos de autocuidado, y los que no recibieron la educación tuvieron un empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud. El sexo femenino, la larga duración de la enfermedad, el bajo nivel educativo, la obesidad, la retinopatía, la historia de hipoglucemia y el uso de insulina, la falta de educación por parte de los enfermeros diabéticos se asocian al descontrol glicémico persistente (46).
- Merchán, M. (2014), España, en el estudio: Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2, y concluyen, que las personas con DMT2 presentan déficits de autocuidado, siendo especialmente relevantes en el tratamiento no farmacológico. La prevalencia de déficit de autocuidado se asoció a factores individuales: no modificables por el sistema sanitario como la edad, sexo y situación laboral; modificable como el tabaquismo y el índice de masa corporal. A factores derivados de la enfermedad como el tiempo de evolución de la diabetes y padecer complicaciones. Así mismo, la

prevalencia de déficits de autocuidado se asoció a factores del entorno sanitario (47).

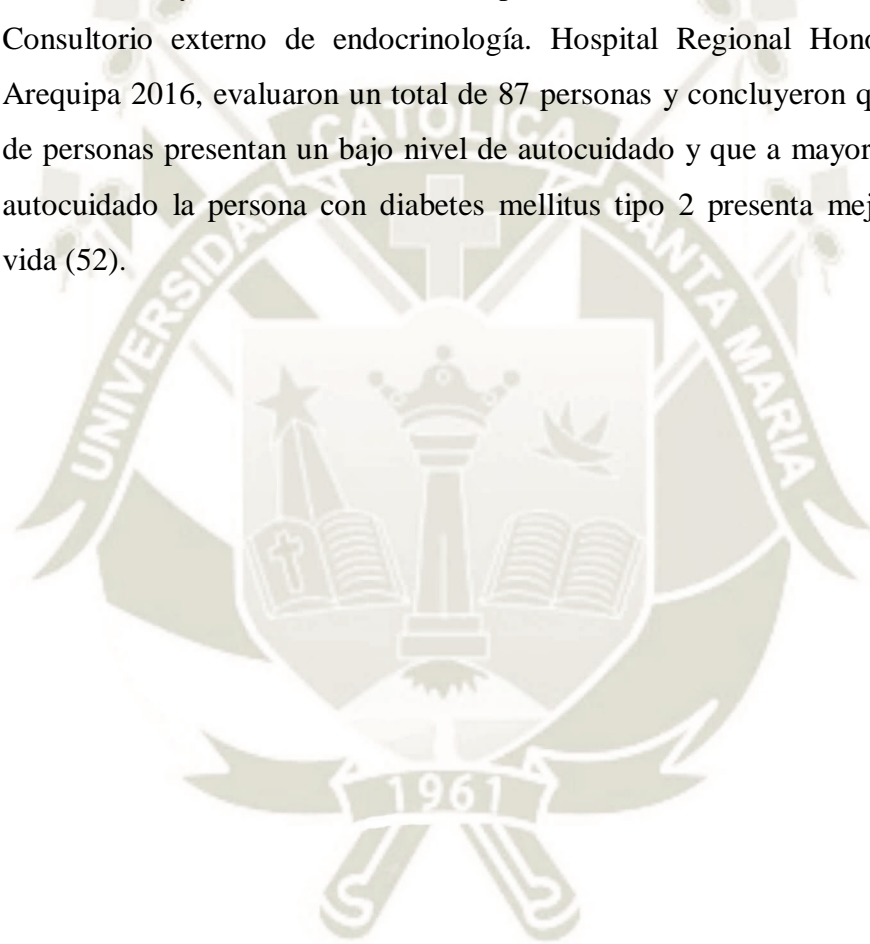
4.2. NACIONALES

- Chávez, G. (2016), Chimbote, en el estudio “Saberes y prácticas de la persona con diabetes tipo 2: implicancias para el cuidado de enfermería”, y llegaron a la conclusión de que los saberes de las personas sobre la DM2 emergen fragmentados, que a pesar de saber lo que tienen que hacer para mantener la glucosa normal, presentan patrones conductuales desordenados en su estilo de alimentación, realizan escasa actividad física, e inadecuada adherencia al tratamiento, lo que afecta su estado emocional y determina un inadecuado control de la enfermedad. La falta de empoderamiento y las acciones que la persona con diabetes asume al respecto de su enfermedad no permiten el control de la misma (48).
- Anaya, A. (2012), Lima, en el estudio: "El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima en el año 2012", y concluyen que existe relación directa, alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia y el incremento de las complicaciones (49).

4.3. LOCALES

- Alarcón, E. (2011), Arequipa, en el estudio: “Capacidades para el autocuidado de la salud de los pacientes que asisten al Club de Diabéticos del Hospital II Edmundo Escomel EsSalud. Arequipa 2011”, en este estudio llegaron a la conclusión de que de 83 pacientes evaluados, la mitad de ellos poseen capacidades físicas que son satisfactorias, menos de la mitad tienen capacidades motivacionales o de autoeficacia y en menor proporción presentan capacidades cognitivas insatisfactorias (50).

- Flores I. y cols. (2014), Arequipa, en su estudio: “Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos H.R.H.D.E. Arequipa”, evaluaron a 60 pacientes y concluyen que el 80% refiere tener una buena capacidad de autocuidado y el 56,7% tiene una adecuada respuesta adaptativa (51).
- Apaza, J., Huaraya, M. (2016), Arequipa, en su estudio: “Capacidad de autocuidado y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2”. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016, evaluaron un total de 87 personas y concluyeron que la mayoría de personas presentan un bajo nivel de autocuidado y que a mayor capacidad de autocuidado la persona con diabetes mellitus tipo 2 presenta mejor calidad de vida (52).



5. HIPÓTESIS

Dado que la Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas en nuestra ciudad y que requiere de un estricto y seguro cumplimiento del tratamiento, así como buenas prácticas de autocuidado para lograr el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones;

Es probable que, los pacientes diabéticos del Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado, presenten un bajo nivel de empoderamiento, el cual estará relacionado de forma significativa con un autocuidado inadecuado.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA

Para la realización del estudio se utilizó como técnica la encuesta en la modalidad de cuestionario.

2. INSTRUMENTOS

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

2.1. Escala de Empoderamiento en Diabetes (EED): de Anderson, Funnel, Fitzgerald y Marrero (53) la cual consta de 28 reactivos con respuestas de tipo Likert del 1-5, donde 1 significa completamente de acuerdo y 5 completamente en desacuerdo. Se identifican tres sub-escalas referentes a: manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes (reactivos 18, 20-27), insatisfacción y disposición al cambio (1-4, 15-17, 19 y 28), establecimiento y cumplimiento de objetivos (5-14). El puntaje crudo esperado va de 28 a 140, donde el menor puntaje (\leq a la mediana) significa mayor nivel de empoderamiento o habilitación del adulto con DT2. Este instrumento ha reportado una confiabilidad de .89 Alpha de Cronbach, en personas con diabetes mellitus tipo 2 de origen mexicano ⁽⁵⁴⁾. Al final de este instrumento se introducen cuatro reactivos con

respuestas variables de tipo Likert del 1-5 donde 1 significa nunca y 5 frecuentemente para el reactivo 1, y respuestas del 1-7 para los reactivos 2, 3 y 4 donde 1 significa pobre; nada capaz; nada cómodo y 7 excelente; muy capaz; muy cómodo, respectivamente. El puntaje final se suma y se consideran las categorías finales de la siguiente manera (55):

Categoría	Puntaje
Bajo grado de empoderamiento	104 - 140 puntos
Regular grado de empoderamiento	66 - 103 puntos
Alto grado de empoderamiento	28 – 65 puntos

Este instrumento ha sido validado en el Perú en el estudio de Quiroga, encontrado un alfa de Cronbach de 0,86 (55).

2.2. Escala de autocuidado en el manejo de la diabetes tipo 2: este instrumento evaluó el autocuidado, fue elaborada por Bijl, Poelgeest y Shortridge (56), contiene 20 ítems, el patrón de respuesta es una escala de tipo Likert de 5 puntos (5-Definitivamente si, 1-Definitivamente no), el valor crudo de la sumatoria de todas las puntuaciones se encuentra en un rango de 20 a 100 puntos, las puntuaciones más altas indican mayor autoeficacia en el manejo de la diabetes. Los Alfas de Cronbach reportados en otras investigaciones oscilan entre 0.81-0.94 (57) (58). La puntuación final de la variable se realiza de la siguiente manera:

Categoría	Puntaje
Autocuidado adecuado	74 - 100 puntos
Autocuidado regular	47 - 73 puntos
Autocuidado inadecuado	20 – 46 puntos

Además, se incluyeron en el formulario, los datos referidos a las variables intervinientes, como características de presentación de las unidades de estudio.

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio fue realizado en el Programa: “Asociación de Diabéticos de Arequipa”, la misma que se fundó el 02 de setiembre de 1994, y se encuentra inscrita en Registros Públicos, con ficha inscrita número 4923 y afiliada al Hospital Regional “Honorio Delgado”, mediante Resolución Directoral Nro. 0182-96 de fecha 18 de Noviembre de 1996. Los fines y objetos de la asociación es brindar orientación y apoyo solidario a sus asociados, procurar y bienestar, rehabilitación y diálogo de los asociados con las autoridades y empresa en general, captar cualquier clase de beneficios que les permita cumplir con sus fines. El Programa se encuentra en Consultorio Externo – Endocrinología, se reúnen cada jueves a las 10:00 a.m en el Auditorio de Psiquiatría del HRDND, realizando una programación de actividades, la asistencia de pacientes es de 20 a 35 personas, encargados por la Sra. Dora Rodríguez.

3.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante los meses de setiembre del año 2017 al mes de abril del 2018.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1. Unidades de estudio

Estuvieron conformadas por los pacientes diabéticos que pertenecen a la institución señalada.

3.3.2. Universo

El universo con el cual se realizó la investigación, estuvo conformado por las personas que acudieron a la “Asociación de Diabéticos de Arequipa”, de

forma mensual, que son en total 45 personas. Incluyendo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Personas con edades comprendidas desde los 30 a 90 años, varones y mujeres que acudieron a la “Asociación de Diabéticos de Arequipa”.
- Personas que aceptaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas que no aceptaron participar en el estudio.
- Personas mayores de 90 años.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- El proyecto fue presentado a la Facultad de Enfermería para su revisión y posterior calificación y aprobación por el Jurado Dictaminador. Luego se solicitó al Decanato una carta de presentación dirigida a la Directora de la, “Asociación de Diabéticos de Arequipa” para que nos autorizará a desarrollar el estudio.
- Una vez que nos otorgaron el permiso, se acudió los días jueves, mientras se encontraban reunidos para realizar la captación de los pacientes que acudieron a la Asociación y previa explicación del propósito del estudio, se les solicitó su participación en el mismo.
- La aplicación de los instrumentos se realizó conforme se fueron identificando a los pacientes que cumpliendo los criterios de inclusión, habían aceptado participar en la investigación.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Terminada la etapa de recolección de datos se realizó una base de datos en el Programa Excel, en la cual, fueron tabulados los instrumentos y luego se efectuó el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico STATISTICAS. Se aplicó la prueba t de Student para las variables ordinales. Los resultados son presentados en tablas y gráficos.

4.1. RECURSOS

Humanos:

Las investigadoras:

Srta. Karen Gabriela Sánchez Cardaña.

Srta. Madeley Dayana Zuñiga Montalvo.

Asesora: Mgter Rosemary Zapana Begazo.

Institucionales:

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.

“Asociación de Diabéticos de Arequipa.

Materiales:

Instrumentos, material de escritorio, computadora, insumos de computadora, paquete estadístico.

Financieros:

Recursos propios.



TABLA N° 1
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN EDAD

EDAD	F	%
45 – 65 años	14	31,11
66 – 75 años	20	44,44
76 – 85 años	11	24,45
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla , que la edad de los pacientes diabéticos está comprendida entre los 45 a 65 años en 31,11%, entre 66 a 75 años en 44,44% y de 76 a 85 años en 24,45%. La edad promedio es de 69 años.

De lo que se deduce que la totalidad de pacientes diabéticos son adultos mayores y adultos.

TABLA N° 2
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN GÉNERO

GÉNERO	F	%
Masculino	15	33,33
Femenino	30	66,67
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla , que el 66,67% de pacientes son de género femenino y el 33,33% de género masculino.

De lo que se deduce que más del 50% de pacientes son mujeres, hecho que coincide con la literatura que señala mayor prevalencia de diabetes en el sexo femenino.

TABLA N° 3
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Ninguno	7	15,56
Primaria	10	22,22
Secundaria	14	31,11
Superior	14	31,11
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el nivel de instrucción es secundaria o superior en porcentajes similares de 31,11% de pacientes, el 22,22% tienen instrucción primaria y el 15,56%, no tienen instrucción.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes tienen nivel de instrucción secundaria y superior.

TABLA N° 4
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	F	%
Empleado	5	11,11
Comerciante	1	2,22
Independiente	9	20,00
Ama de casa	18	40,00
Cesante	12	26,67
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las ocupaciones más frecuentes de los pacientes son amas de casa en 40%, luego, cesantes en 26,67% e independientes en 20%.

De lo que se deduce que la mayoría de pacientes no tienen una ocupación que les genere un ingreso económico.

TABLA N° 5
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN ESTADO CONYUGAL

ESTADO CONYUGAL	F	%
Soltero	0	0,00
Casado	31	68,89
Conviviente	4	8,89
Viudo	9	20,00
Separado	1	2,22
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el estado civil más frecuente es casado en 68,89%, luego viudo en 20%, conviviente en 8,89% y separado en 2,22%.

De lo que se deduce que más del 50% la mayoría de pacientes tiene pareja.

TABLA N° 6
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA
DIABETES

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES	F	%
< 5 años	7	15,56
6 a 10 años	9	20,00
11 a 15 años	12	26,67
Más de 15 años	17	37,78
TOTAL	45	100,00

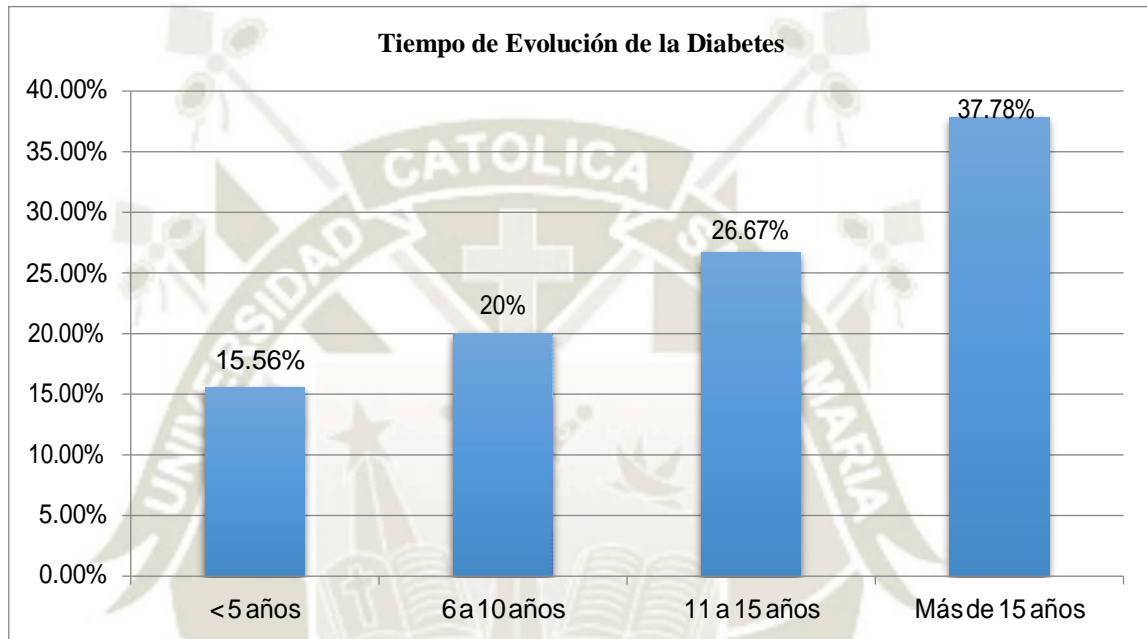
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el tiempo de evolución de la diabetes es de más de 15 años en el 37,78% de pacientes, de 11 a 15 años en el 26,67%, de 6 a 10 años en 20% y menor de 5 años en 15,56%.

De lo que se deduce el tiempo de evolución de la diabetes es mayor a 10 años en más de la mitad de pacientes.

GRÁFICO N° 1

PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD EN EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA
DIABETES

NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES	F	%
Bajo	2	4,44
Regular	20	44,44
Alto	23	51,12
TOTAL	45	100,00

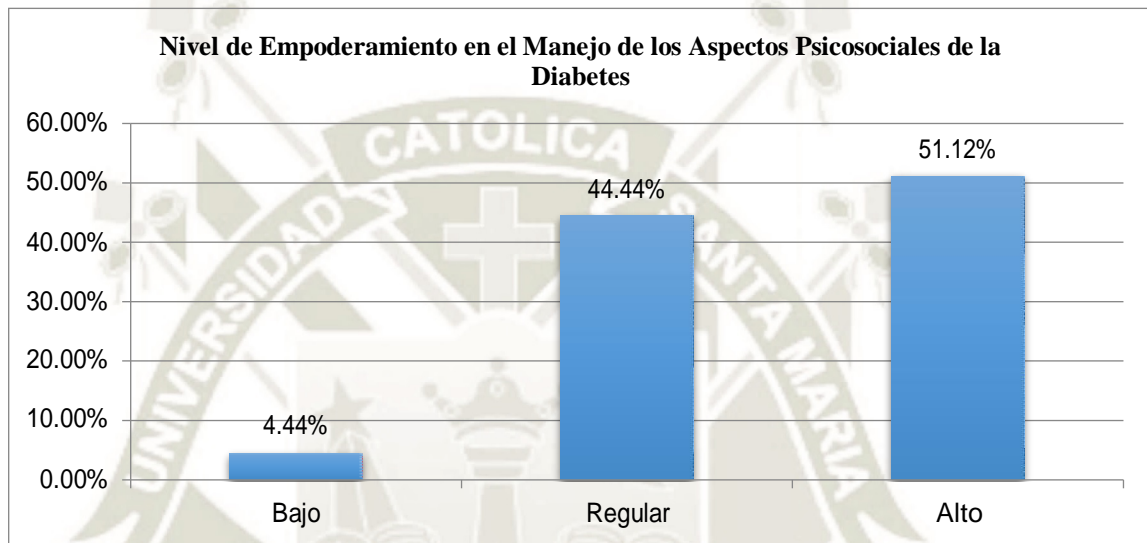
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el nivel de empoderamiento en el manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes es alto en el 51,12% de pacientes, regular en 44,44% y bajo en el 4,44%.

Se deduce que más del 50% de los pacientes manejan o se empoderan para atender los cambios y efectos que la diabetes les genera a nivel psicológico y social, por lo que se puede afirmar que este aspecto es bien sobrellevado en la mayoría de pacientes.

GRÁFICO N° 2

PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN EL MANEJO DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 8
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD EN INSATISFACCIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO

NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN INSATISFACCIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO	F	%
Bajo	34	75,56
Regular	4	8,89
Alto	7	15,56
TOTAL	45	100,00

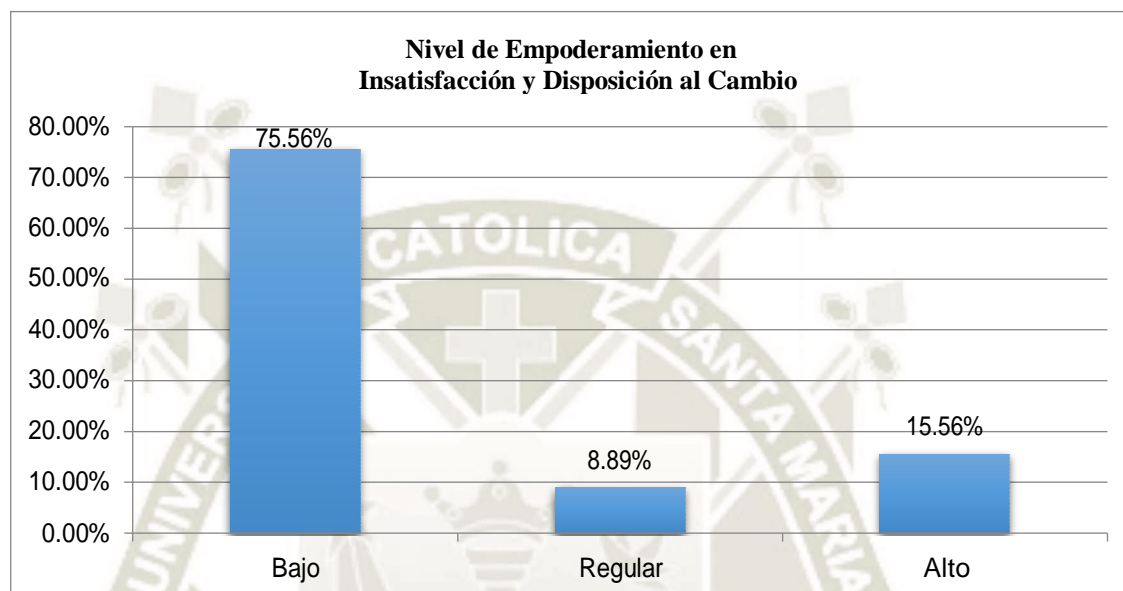
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el nivel de empoderamiento para el control de su salud en la insatisfacción y disposición al cambio es bajo en el 75,56%, regular en 8,89% y alto en 15,56%,

Se deduce que más del 50% los pacientes presentan baja disposición al cambio, además de presentar insatisfacción con su condición o situación de vida por la enfermedad.

GRÁFICO N° 3

PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN LA SALUD EN INSATISFACCIÓN Y DISPOSICIÓN AL CAMBIO



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 9

**PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE
OBJETIVOS**

NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN EL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	F	%
Bajo	31	68,89
Regular	2	4,44
Alto	12	26,67
TOTAL	45	100,00

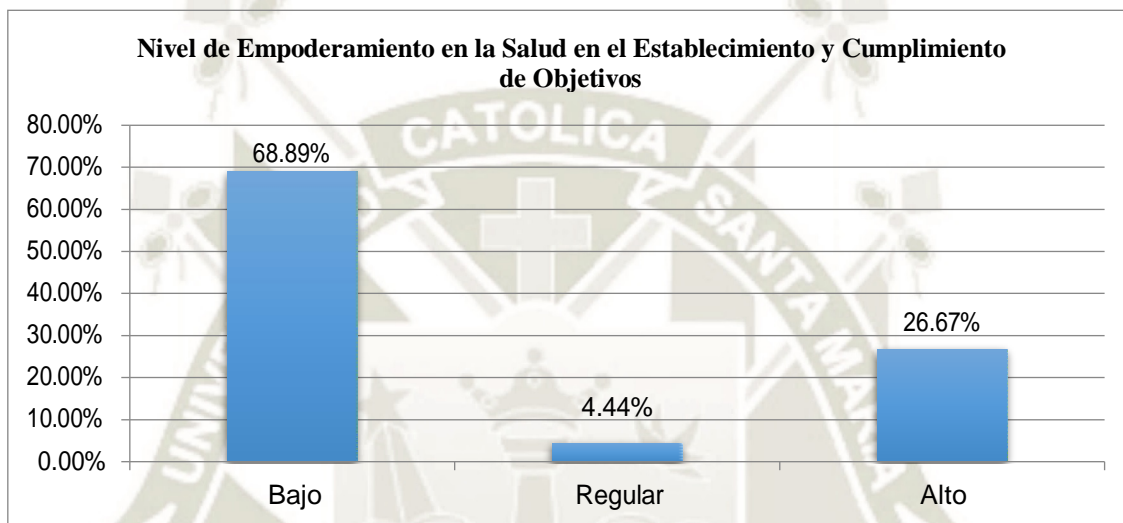
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el 68.89% de pacientes presentan bajo nivel de empoderamiento en el establecimiento y cumplimiento de objetivos, el 4,44% presenta nivel regular y el 26,67% tiene alto nivel de empoderamiento en esta dimensión.

Se deduce que más del 50% los pacientes tienen bajo nivel de empoderamiento en el establecimiento y cumplimiento de objetivos.

GRÁFICO N° 4

**PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA DE "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD EN EL ESTABLECIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE
OBJETIVOS**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 10

**PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD**

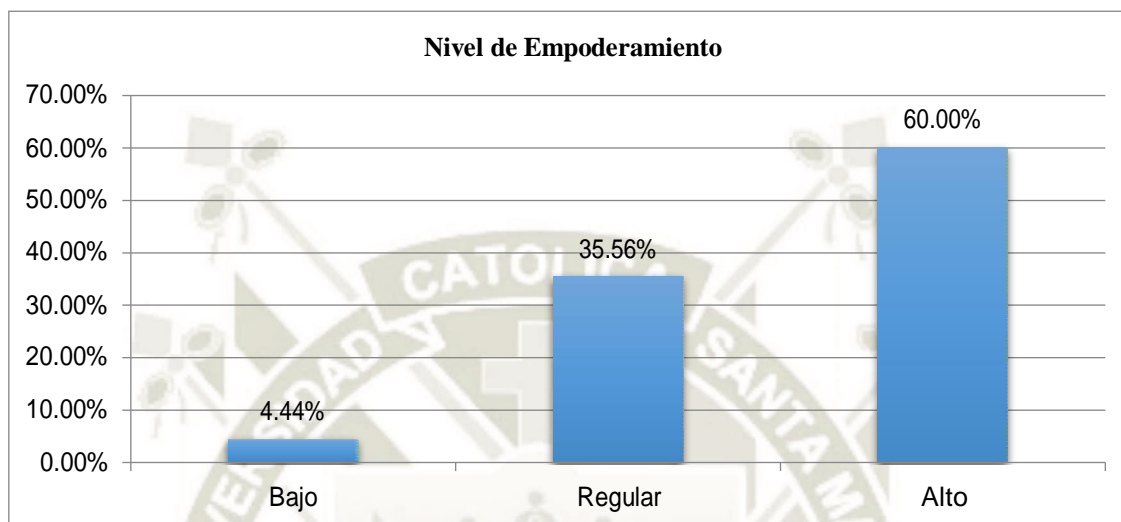
NIVEL DE EMPODERAMIENTO	F	%
Bajo	2	4,44
Regular	16	35,56
Alto	27	60,00
TOTAL	45	100,00

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el resultado en cuanto al nivel de empoderamiento analizado de forma general, es alto en el 60%, regular en 35,56% y bajo en 4,44%.

Se deduce que los pacientes presentan alto nivel de empoderamiento en el indicador de manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes, mientras que en los demás predominó el nivel bajo.

GRÁFICO N° 5
PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN NIVEL DE EMPODERAMIENTO EN
LA SALUD



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 11

**PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE
DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN AUTOCUIDADO**

AUTOCUIDADO	F	%
Adecuado	23	51,11
Regular	10	22,22
Inadecuado	12	26,67
TOTAL	45	100,00

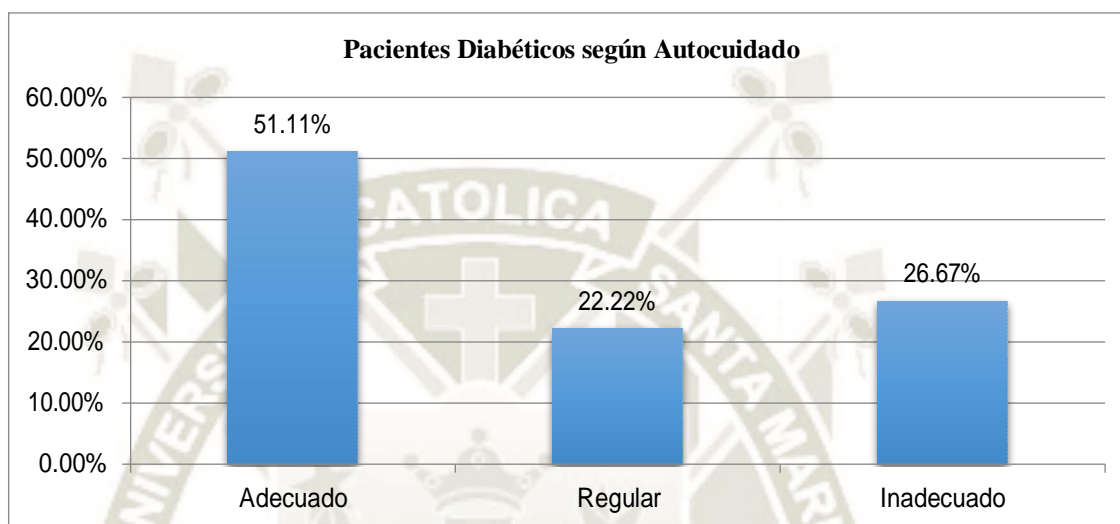
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla y gráfico, que el 51,11% de pacientes presenta autocuidado adecuado, el 22,22% tiene autocuidado regular y el 26,67% inadecuado.

Este resultado nos demuestra que el 50 % de los pacientes presentan un autocuidado adecuado, por tanto, el otro 50%, tienen autocuidado que es regular e inadecuado.

GRÁFICO N° 6

PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" SEGÚN AUTOCUIDADO



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 12

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y EL
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES DIABÉTICO DEL PROGRAMA DE
"ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA" AREQUIPA, 2018**

AUTOCUIDADO NIVEL DE EMPODERAMIENTO	Adecuado		Regular		Inadecuado		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	2	8,70	0	0,00	0	0,00	2	4,44
Regular	7	30,43	9	90,00	0	0,00	16	35,56
Alto	14	60,87	1	10,00	12	100,00	27	60,00
TOTAL	23	100,00	10	100,00	12	100,00	45	100,00

Prueba t= 0,14 P > 0,05

Se observa que el nivel de empoderamiento es alto en un 60,87% y el autocuidado regular en un 90%.

Este resultado nos demuestra, que existe relación indirecta entre el nivel de empoderamiento y autocuidado, es decir, que a pesar de que la mayoría presentan alto nivel de empoderamiento, el autocuidado que realizan es regular e inadecuado.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El nivel de empoderamiento para el control de su salud de los pacientes diabéticos que acuden al Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa" del Hospital Regional Honorio Delgado es alto en el 60% de pacientes.

SEGUNDA

El autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa del Hospital Regional Honorio Delgado es adecuado en el 51,11%, sin embargo, el 48,89% presenta autocuidado regular e inadecuado.

TERCERA

Existe relación indirecta entre el nivel de empoderamiento y el autocuidado de los pacientes diabéticos que acuden al Programa "Asociación de Diabéticos de Arequipa"

RECOMENDACIONES

PRIMERA

A la Dirección del Programa de "Asociación de Diabéticos de Arequipa, se sugiere que tengan en cuenta los resultados de la presente investigación para planificar y mejorar las estrategias de atención integral que brindan a los pacientes, con el propósito de mejorar el nivel de empoderamiento y el autocuidado de los mismos.

SEGUNDA

Al personal de enfermería que trabaja en el Programa de "Asociación de Diabéticos de Arequipa se sugiere que se realicen actividades de educación diabetológica a todos los pacientes inscritos con el propósito para que puedan mejorar su empoderamiento en relación al establecimiento y cumplimiento de objetivos, insatisfacción y disposición al cambio y en el manejo de los aspectos psicosociales de la diabetes.

TERCERA

A los bachilleres de enfermería, se sugiere que en base a los resultados del presente estudio, puedan realizar nuevos trabajos de investigación, por ejemplo para identificar los factores que influyen en el empoderamiento y el autocuidado de los pacientes diabéticos.

LISTA DE REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

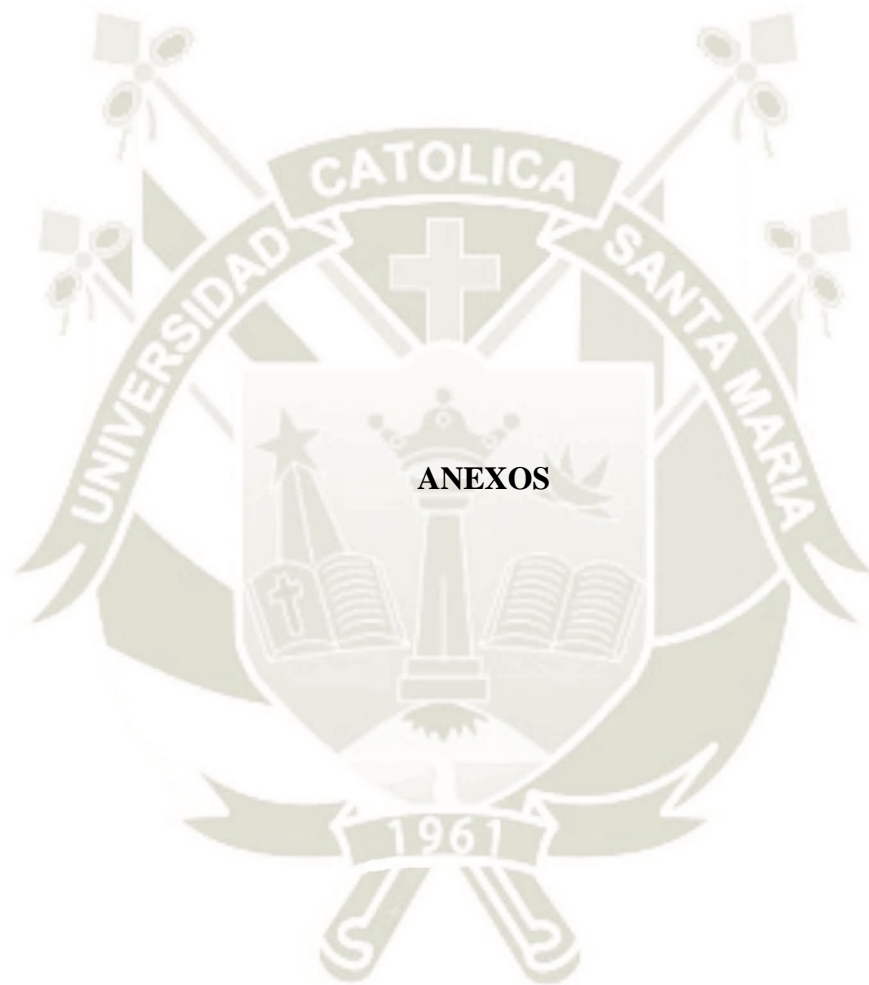
1. Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, Elwyn G, McAllister M. Assessment of patient empowerment: a systematic review of measures. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126553.
2. Aujoulat I, D'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):13-20.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy document [Internet]. Geneva: WHO; 2012. 2015. Obtenido de: <http://www.euro.who.int/>.
4. McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Heal Serv Res*. 2012;12:157.
5. Small N, Bower P, Chew-Graham C, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Heal Serv Res*. 2013;13:263.
6. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82.
7. Aslani P. Patient empowerment and informed decision-making. *Int J Pharm Pract*. 2013;21(6):347-8.
8. Fotoukian Z, Shahboulaghi FM, Khoshknab MF, Mohammadi E. Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nurs Res*. 2014;8(2):118-27.
9. Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*. 2009;1: 20 – 31.
10. Musitu G. El empowerment en la psicología comunitaria. En Seminario Pantallas Sanas: TIC, salud y vida cotidiana. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón. Zaragoza. 2007.
11. Rodríguez M. Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*. 2009;1: 20 – 31.
12. Rowlands O. Questioning Empowerment. Working with women in Honduras. UK and Ireland: Oxfam publication. 1997.

13. Boudioni M, McLaren SM, Lister G. Cross-national diagnostic analysis of patient empowerment in England and Greece. *Int J Caring Sci.* 2012;5(3):246-64.
14. Wentzer HS, Bygholm A. Narratives of empowerment and compliance: studies of communication in online patient support groups. *Int J Med Inform.* 2013;82(12):E386-94.
15. Levin LS. The lay person as the primary care practitioner. *Public Health Rep.* 1976; 91 (3): 206-210.
16. Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Medicine.* 1989; 29 (9): 137-152.
17. Hickey T, Dean K y Holstein B. Emerging trends in gerontology and geriatrics: implications for self-care for the elderly. *Soc Sci Med.* 1986; 23: 1353-1360.
18. Punamaki R, Aschan H. Self-care and mastery among primary health care patients *Social Science. Medicine.* 1994; 39 (5): 733-741.
19. Ganz B. Self-care: perspective form six discipline. *Holistic Nursing Practic.* 1990; 4: 1-12.
20. Orem D. *Nursing: Concepts of practice.* 5ª ed. St Louis: Mosby 1995.
21. Tattersall Robert. *The Expert Patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century.* *Med Clin.* 2012; 2 (2): 227-229.
22. Crespo O, Salazar M. El constructo "cuidar" como valor complejo vinculado a la salud y la ética en enfermería. *Rev Educ Valores.* 2009; 11: 79-96.
23. Organización Mundial de la Salud. *Salud para todos en el siglo XXI.* Ginebra: OMS; 1998.
24. Orem D. "Concepto práctico" (4ta edición) St Louis, Mo: McGraw-Hill. 1991.
25. López D. y col. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de oren. *Red de revistas científicas de América Latina. Investigación educativa enfermería* 2006.
26. López D. y col. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de oren. *Red de revistas científicas de América Latina. Investigación educativa enfermería* 2006.
27. Orem D., Taylor G. "Teoría general de enfermería". *Estudio de casos en teoría de enfermería.* 1996; 15: 37-71.

28. Rodríguez M. y cols. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados en la agencia en personas con insuficiencia cardiaca. Colombia Enfermería Global. 2013, Vol. 12.
29. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). “Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2”. 2013.
30. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud 2016: Vence a la diabetes. Obtenido de: <http://www.who.int/campaigns>. (fecha de acceso: 12 – 3 – 18).
31. Gómez D. Guía Diabetológica. Perú. Ministerio de salud. Lima, 2012.
32. El Naggar, N., Kalra, S. Análisis de la evidencia sobre calidad de vida y adherencia a la medicación en diabetes mellitus tipo 2. Adv Ther;33(12):2091-2109, 2017. Estados Unidos.
33. Fernández M., de Santiago A., Moreno A., Carramiñana F., y cols. Guías clínicas Diabetes mellitus. Guías clínicas SEMERGEN. España 2016.
34. Instituto Nacional de Salud, MINSA. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). 2006.
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2014.
36. Vargas H. Epidemiología de la diabetes mellitus. Colombia 2015. Obtenido de: <https://www.endocrino.org.co> (Fecha de acceso: 22 – 3 – 18).
37. Castillo J. Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Colombia 2015. Obtenido de: <https://www.endocrino.org.co> (Fecha de acceso: 22 – 3- 18).
38. American Diabetes Association. Foundations of care: education, nutrition, physical activity, smoking cessation, psychosocial care, and immunization. Diabetes Care 2015; 38(Suppl 1):S20-30.
39. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015;38(1):140-9.

40. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2015;38(Suppl 1):S41-8.
41. Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1993.
42. Nanda International. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
43. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
44. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. España. 2015.
45. Nutchanath W, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Ensayo controlado aleatorio de un programa de auto-gestión orientada a la familia para mejorar la autoeficacia, el control glucémico y la calidad de vida entre los individuos tailandeses con diabetes tipo 2. Rev. Diabetes Research and Clinical Practice. 2017; volume 123: 37 – 48. Tailandia.
46. Yin J, Yeung R, Luk A, Tutino G, Zhang Y, et al. Influencia del género, la educación sobre la diabetes y los factores psicosociales en el persistente control glucémico deficiente en pacientes con diabetes tipo 2 en el programa JADE (Joint Asia Diabetes Evaluation). Journal of Diabetes. 2016; volume 8 (1): 109 – 119. China.
47. Merchán M. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. Tesis Doctoral presentada a la Universidad de Alicante, España; 2014.
48. Chávez G. " Saberes y prácticas de la persona con diabetes tipo 2: implicancias para el cuidado de enfermería". Tesis para obtener el Grado de Doctora en Ciencias de Enfermería presentada a la Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Chimbote; 2016.
49. Anaya A. "El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima en el año 2012". Tesis para optar el Grado Académico de Maestro presentada a la Universidad Nacional de Callao. Lima; 2015.

50. Alarcón E. Capacidades para el autocuidado de la salud de los pacientes que asisten al Club de Diabéticos del Hospital II Edmundo Escobel EsSalud. Arequipa 2011. Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Arequipa, 2012.
51. Flores I. y cols. Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo II del programa de pacientes diabéticos H.R.H.D.E. Arequipa. Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Arequipa, 2014.
52. Apaza J., Huaraya M. Capacidad de autocuidado y calidad de vida en personas con diabetes mellitus tipo 2. Consultorio externo de endocrinología. Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2016. Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Arequipa, 2016.
53. Anderson M., Funnel M., Fitzgerald T., Marrero G. The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self efficacy. *Diabetes Care*, 2002, 23(6), 739-127.
54. Gallegos C., Salazar C., Gómez V., Garza E. Modelo cognitivo-educativo y control glucémico, bienestar y calidad de vida del adulto con DT2: un ensayo controlado. Trabajo presentado en el XXV Congreso Nacional de Investigación Biomédica. 2009.
55. Quiroga C. Factores asociados al autocuidado del paciente diabético. Tesis presentada a la Escuela de Enfermería de la Universidad Cayetano Heredia. Lima, 2014.
56. Bilj J., Poelgeest A., Shortridge L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(2), 352-359.
57. Al-Khawaldeh O., Al-Hassan M., Froelicher E. Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2012;26, 10-16.
58. Lee H., Ahn S., Kim Y. Self-care, Self-efficacy, and Glycemic Control of Koreans With Diabetes Mellitus. *Asian Nursing Research*, 2009; 3(3), 139–146.



ANEXO 1

FORMULARIO DE PREGUNTAS

Número.....

Edad: años () 20 – 45 () 46 – 59 () 60 a más

Sexo: () Masculino () Femenino

Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior

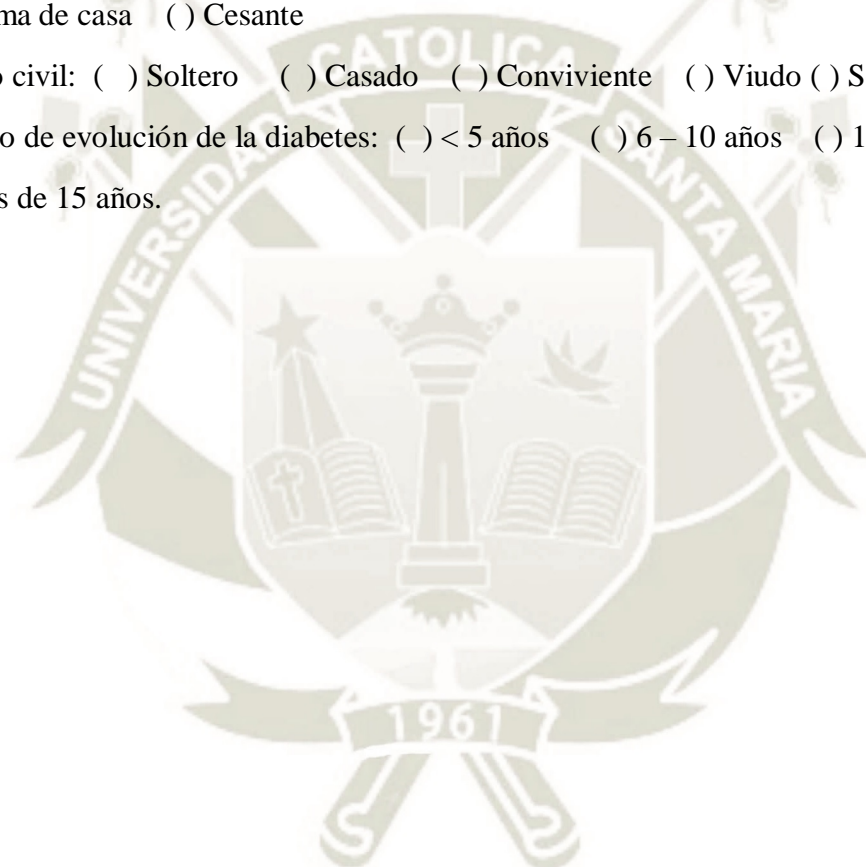
Ocupación: () Empleado () Obrero () Comerciante () Independiente

() Ama de casa () Cesante

Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Separado

Tiempo de evolución de la diabetes: () < 5 años () 6 – 10 años () 11 a 15 años

() Más de 15 años.



ANEXO 2

ESCALA DE EMPODERAMIENTO EN DIABETES (EED)

Por favor, marque con una X, la respuesta que indique su postura ante las siguientes preguntas y/o afirmaciones de acuerdo a la siguiente escala: 1: Completamente de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: neutro, 4: en desacuerdo, 5: completamente en desacuerdo.

Nº	En general creo que:	1	2	3	4	5
1	Conozco con que aspectos del cuidado a la diabetes estoy insatisfecho.					
2	Conozco que partes del cuidado a mi diabetes estoy listo para cambiar.					
3	Conozco que partes del cuidado a mi diabetes no estoy listo para cambiar.					
4	Puedo escoger metas realistas en el cuidado a mi diabetes.					
5	Puedo generar estrategias para superar barreras y lograr metas.					
6	Conozco cuáles de mis metas en el cuidado a la diabetes son más importantes.					
7	Soy capaz de transformar mis metas de cuidado a la diabetes en un plan de trabajo.					
8	Puedo alcanzar mis metas de cuidado en diabetes una vez que resuelvo mis dudas.					
9	Puedo decir cómo me siento de cuidar de mi diabetes.					
10	Soy capaz de decir cómo me siento al vivir con Diabetes.					
11	Conozco las formas en que la diabetes causa estrés en mi vida.					
12	Conozco formas positivas de enfrentarme al estrés producido por la diabetes.					
13	Puedo enfrentar bien el estrés relacionado a la diabetes.					
14	Se dónde encontrar apoyo para el cuidado de mi diabetes.					
15	Puedo pedir apoyo para cuidar de mi diabetes, cuando lo necesito.					
16	Puedo valerme yo mismo para lidiar con mi diabetes.					
17	Se qué me ayuda a mantenerme motivado para cuidar de mi diabetes.					
18	Me puedo motivar yo mismo(a) para cuidar de mi diabetes.					
19	Se suficiente sobre la diabetes para seleccionar autocuidado apropiado para mí.					
20	Se suficiente sobre mí mismo como persona, para seleccionar el cuidado apropiado para mí					
21	Soy capaz de pensar si funcionara el cambio de estilos de vida para cuidar de mi diabetes.					
22	Soy capaz de pensar si vale la pena cambiar la forma en que estoy cuidando mi diabetes.					

23	Soy capaz de modificar estilos de vida para cuidar de mi diabetes					
----	---	--	--	--	--	--

¿Con que frecuencia la diabetes le limita para hacer sus actividades normales diarias?

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi frecuentemente	Frecuentemente
1	2	3	4	5

¿Cómo califica su comprensión de la diabetes y su tratamiento?

Pobre						Excelente
1	2	3	4	5	6	7

¿Por favor, indica qué tan capaz es de integrar la diabetes en su vida diaria, en una manera positiva?

Nada capaz						Muy capaz
1	2	3	4	5	6	7

Por favor, indique qué tan cómodo se siente haciéndole preguntas a su médico o enfermera, sobre la diabetes.

Nada cómodo						Muy cómodo
1	2	3	4	5	6	7

Fuente: de Anderson, Funnel, Fitzgerald y Marrero (53)

ANEXO 3

ESCALA DE AUTOCUIDADO EN EL MANEJO DE LA DIABETES TIPO 2

Por favor conteste cada pregunta marcando la respuesta que describe su capacidad en las siguientes acciones para controlar su diabetes. Escala tipo likert: 5 Definitivamente si, 4 probablemente si, 3 no estoy seguro, 2 probablemente no y 1 definitivamente no.

Nº	Usted es capaz de:	1	2	3	4	5
1	Controlar en casa su nivel azúcar en sangre si es necesario.	1	2	3	4	5
2	Bajar su azúcar en la sangre cuando la tiene muy alta.	1	2	3	4	5
3	Aumentar su azúcar en la sangre cuando la tiene muy baja.	1	2	3	4	5
4	Seleccionar los alimentos adecuados.	1	2	3	4	5
5	Seleccionar diferentes alimentos, pero permanecer dentro de su dieta para la diabetes.	1	2	3	4	5
6	Mantener su peso controlado.	1	2	3	4	5
7	Examinar sus pies para saber si tiene problemas en la piel.	1	2	3	4	5
8	Hacer suficientes actividades física; por ejemplo salir a caminar o andar en bicicleta.	1	2	3	4	5
9	Ajustar su dieta cuando está enfermo.	1	2	3	4	5
10	Seguir su dieta la mayoría de las veces.	1	2	3	4	5
11	Hacer más actividad física cuando el médico lo aconseja.	1	2	3	4	5
12	Cuando realiza actividad física adicional, usted es capaz de ajustar su dieta.	1	2	3	4	5
13	Seguir su dieta cuando está fuera de casa.	1	2	3	4	5
14	Ajustar su dieta cuando está fuera de casa.	1	2	3	4	5
15	Seguir su dieta cuando está de vacaciones.	1	2	3	4	5
16	Seguir su dieta cuando está en una fiesta.	1	2	3	4	5
17	Ajustar su dieta cuando esta estresado.	1	2	3	4	5
18	Visitar al médico una vez al año para controlar la diabetes.	1	2	3	4	5
19	Tomar el medicamento según le han recetado.	1	2	3	4	5
20	Ajustar su medicamento cuando está enfermo.	1	2	3	4	5

Edad: años () 20 – 45 () 46 – 59 () 60 a más

Sexo: () Masculino () Femenino

Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior

Tiempo de evolución de la diabetes: () < 5 años () 6 – 10 años () 11 a 15 años

() Más de 15 años.

GRACIAS

Fuente: , fue elaborada por Bijl, Poelgeest y Shortridge (56)

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN

Yo.....
.....Identificado(a) con DNI..... y con
Domicilio..... habiéndome
explicado en lenguaje , claro y sencillo sobre el proyecto de investigación: **Grado de empoderamiento del autocuidado del paciente diabético. Programa de "Asociación de Diabéticos de Arequipa", Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2018.** Acepto participar en la investigación que publicara los resultados guardando reserva a mi identidad. Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que firmo el presente documento.

Fecha:

Firma:

DNI:



Huella Digital

INFORME N° 0765 -CB- 2018

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2018-0765

Fecha : 18 de septiembre de 2018

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EMPODERAMIENTO Y EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL PROGRAMA "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS DE AREQUIPA", HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, 2018.

Autor(es):

ZUÑIGA MONTALVO MADELEY DAYANA/SANCHEZ CARDEÑA KAREN GABRIELA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **5 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

