



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM EN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1, IBARRA - 2021”.

Tesis de Grado previa a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTOR(A): Ortiz Orbes Katherine Alexandra

DIRECTORA: Msc. Cabascango Cabascango Katty Elizabeth

Ibarra, 2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM EN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1, IBARRA - 2021”**, de autoría de **KATHERINE ALEXANDRA ORTIZ ORBES**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 9 días del mes de noviembre de 2021.

Lo certifico

(Firma).....


MSC. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

C.C: 1001876802

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040187832-7		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Katherine Alexandra Ortiz Orbes		
DIRECCIÓN:	Ibarra – Rafael Troya y Manuel de la Cica Narváez.		
EMAIL:	ortizkatherine23@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0983885973
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM EN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1, IBARRA - 2021”		
AUTOR (ES):	Katherine Alexandra Ortiz Orbes		
FECHA:	15/11/2021		

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Katty Elizabeth Cabascango

2. CONSTANCIA

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de noviembre de 2021

EL AUTOR



(Firma).....

Katherine Alexandra Ortiz Orbes.

C.I.: 040187832-7

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: 15 de noviembre del 2021

KATHERINE ALEXANDRA ORTIZ ORBES "Capacidad de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de diabéticos del Centro de Salud n°1, Ibarra - 2021". / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 09 de noviembre de 2021.

DIRECTORA: Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

El principal objetivo de la presente investigación fue, evaluar la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el Club de Diabéticos del Centro de Salud N°1 Ibarra. Entre los objetivos específicos se encuentran: determinar las características sociodemográficas de la población de estudio, identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre diabetes mellitus; estimar la capacidad y disposición de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo II y diseñar un plan de cuidados de enfermería para la promoción del autocuidado de la salud en los pacientes con diabetes mellitus tipo II.

Fecha: Ibarra, 15 de noviembre de 2021



.....

Msc/ Katty Elizabeth Cabascango.
Directora



.....

Katherine Alexandra Ortiz Orbes
Autor

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico a mi Dios todopoderoso, por poner a las personas correctas en mi camino siempre, si alguien debo agradecer este triunfo es a Él.

A mis padres Esthela y Carlos, por siempre apoyarme en mi camino estudiantil, y durante toda mi carrera estudiantil.

Gracias por apoyarme y ser un ejemplo de aplomo y superación, siempre estaré agradecido por su apoyo y confianza, al obtener este triunfo.

Katherine Ortiz

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a los pacientes del club del centro de diabéticos del centro de Salud N°1 Ibarra, por toda la colaboración y apertura brindada para la realización de este estudio, ya que, de no ser por toda esa apertura y calidez, durante la realización de la investigación habría sido imposible la realización de este proyecto investigativo.

A la Universidad Técnica del Norte, fuente del saber, que me otorgó la oportunidad de formarme como profesional de la salud, y así culminar este gran sueño.

De la misma manera quiero brindar más sincero agradecimiento a la Msc. Katty Cabascango tutora quien con sus sabios conocimientos, apoyo, tiempo y dedicación contribuyó para culminar este trabajo de Tesis.

Katherine Ortiz

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
TEMA: “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM EN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1, IBARRA -2021”.	ix
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la investigación	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación de problema	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos.....	8
1.5 Preguntas de Investigación	9
CAPÍTULO II	10
2. Marco Teórico	10
2.1. Marco Referencial.....	10
2.2. Marco Contextual	15
2.3. Marco Conceptual.....	18
2.4. Marco Legal y Ético	39
CAPÍTULO III.....	45
3. Metodología de la Investigación	45

3.1. Diseño de la Investigación.....	45
3.2. Tipo de estudio.....	46
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	46
3.4. Población	47
3.5. Operacionalización de variables	47
3.6. Métodos de recolección de información	52
CAPÍTULO IV	55
4. Resultados de la investigación	55
CAPÍTULO V	66
5. Conclusiones y Recomendaciones	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones	67
BIBLIOGRAFÍA.....	68
ANEXOS.....	75
Anexo 1. Consentimiento Informado	75
Anexo 2. Encuesta.....	76
Anexo 3. Fotografías	83
Anexo 4. Aprobación del Abstract	84
Anexo 5. Reporte Urkund.....	85
Anexo 6. Plan de Cuidados Estandarizado.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio.....	55
Tabla 2. Conocimientos generales en Diabetes Mellitus tipo II	57
Tabla 3. Conocimientos sobre complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II.....	58
Tabla 4. Alimentación adecuada y ejercicio	59
Tabla 5. Conocimientos generales en Diabetes Mellitus II, resumen	61
Tabla 6. Nivel de autocuidado según la dimensión Interacción Social.....	62
Tabla 7. Nivel de autocuidado según la dimensión de Funcionamiento y Desarrollo personal	63
Tabla 8. Nivel de autocuidado según la dimensión Actividad y Reposo.....	65

RESUMEN

" Capacidad de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de diabéticos del Centro de Salud N° 1, Ibarra - 2021 "

Autora: Katherine Alexandra Ortiz Orbes

Email: ortizkatherine23@gmail.com

La Diabetes Mellitus tipo II se caracteriza por un deterioro progresivo de salud, los estilos de vida no saludables, así como, el déficit de autocuidado representa un riesgo para el desarrollo de complicaciones. Dorothea Orem desarrolló la teoría de enfermería enfocada en el autocuidado el cual, necesita del conocimiento y la práctica de acciones para conservar su salud. El objetivo del estudio fue evaluar la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el Club de Diabéticos del Centro de Salud N° 1 Ibarra. Estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal, se utilizó un muestreo no probabilístico, se aplicó dos instrumentos validados ECODI y la escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado y para el análisis, el programa estadístico SPSS. Resultados: En la población en estudio predomina el sexo femenino, su edad oscila entre 50 y 60 años, con actividad de quehaceres domésticos. El nivel de conocimientos general en Diabetes Mellitus es medio y en relación a la capacidad de autocuidado se observó media capacidad en las dimensiones funcionamiento y desarrollo personal. Se concluye que es importante el conocimiento de la patología para evitar complicaciones asociadas a la enfermedad; se recomienda a los profesionales de enfermería aplicar la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem para mejorar la calidad de vida y la capacidad del autocuidado en los pacientes y la familia.

Palabras Clave: Autocuidado, Diabetes Mellitus tipo II, Teoría de Dorothea Orem

ABSTRACT

“Self-care capacity in patients with type II diabetes mellitus according to the theory of Dorothea Orem in the diabetic Club of the health Center N ° 1, Ibarra - 2021”.

Autora: Katherine Alexandra Ortiz Orbes

Email: ortizkatherine23@gmail.com

Type II Diabetes Mellitus is characterized by a progressive deterioration of health, unhealthy lifestyles, as well as a lack of self-care represents a risk for the development of complications. Dorothea Orem developed the nursing theory focused on self-care, which requires knowledge and the practice of actions to preserve your health. The objective of the study was to evaluate the self-care capacity of patients with type II Diabetes Mellitus according to the theory of Dorothea Orem in the Diabetic Club of the Ibarra Health Center N ° 1. Study with a quantitative, descriptive, cross-sectional approach, a non-probabilistic sampling was used, two validated ECODI instruments and the Self-Care Agency Appreciation scale were applied and for the analysis, the SPSS statistical program. Results: it was evidenced that the predominant sex is female, the level of general knowledge in Diabetes Mellitus is medium and in relation to the capacity for self-care, medium capacity was observed in the dimensions of functioning and personal development. It was concluded that knowledge of the pathology is important to be able to carry out self-care activities that contribute to well-being and avoid complications associated with the disease.

Key Words: Self-care, Type II Diabetes Mellitus, Dorothea Orem Theory

TEMA: “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM EN EL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1, IBARRA -2021”.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Diabetes Mellitus representa uno de los más grandes retos para la salud y el desarrollo del siglo XXI puesto que, es una de las principales razones de mortalidad en un número alto de territorios, debido a que es una de las patologías degenerativas más comunes que perjudica el manejo fisiológico, social y emocional de la persona afectada, su efecto negativo está íntimamente relacionado con los estilos de vida, la carencia de conocimientos sobre los peligros de esta enfermedad, la aparición de complicaciones y el autocuidado (1).

En cuanto al autocuidado, es definido como la forma de vida de los individuos que parte de estándares de conducta en donde se reflejan la manera de interactuar de las personas respecto a su salud y con su medio social, esto se fundamenta en la teoría de Dorothea Orem, en la cual explica que el autocuidado es un comportamiento que se aprende a lo largo de los años durante el crecimiento y desarrollo humano, este se origina a partir de las relaciones que se establecen con los padres y más adelante se lleva a cabo con amigos y otros familiares. (2).

Asimismo, en la disciplina de enfermería se ha indagado el autocuidado desde la concepción de Dorothea E. Orem en su teoría de enfermería del déficit de autocuidado, donde el paciente es capaz de hacer y debería aprender a practicar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interna o externamente orientado, con el objetivo de desarrollar su capacidad de autocuidado que le permitirá regular su propio manejo y desarrollo; no obstante, para realizarlo necesita de ayuda (3).

Así pues, la Diabetes Mellitus tipo II, se considera como una patología crónica que encierra un tratamiento complejo, en donde, la incorporación del individuo afectado representa más del 95% de la responsabilidad del tratamiento por medio del autocuidado en lo cual respecta a una ingesta de alimentos balanceada, ejecución de actividad física, control de glicemia capilar y toma de la medicación. En este contexto, el autocuidado es parte fundamental del tratamiento, puesto que ayuda a conseguir un funcionamiento saludable y un constante desarrollo personal y de bienestar (4).

En efecto, la Diabetes Mellitus tipo II es un problema de salud pública mundial que no respeta el estado socioeconómico ni las fronteras entre territorios. Los últimos datos evidenciados en la novena versión del Atlas de la Diabetes de la Federación Mundial de la Diabetes (FID) señalan que 463 millones de adultos padecen diabetes actualmente. Si no se toman las medidas necesarias para atajar esta enfermedad pandémica, 578 millones de individuos tendrán diabetes en el año 2030. Para el año 2045, dicha cifra se disparará de forma abrumadora hasta 700 millones (5). Por otro lado, hay otros 352 millones de individuos con alteración de la tolerancia a la glucosa en un elevado peligro de desarrollar diabetes, los países con ingresos bajos y medios soportan casi el 80 % de la carga de diabetes en todo el mundo (6).

Similarmente, en América Latina y el Caribe, cerca de 41 millones de adultos (mayores de 20 años) sufren diabetes, las tasas de incidencia y prevalencia de la patología han crecido más rápidamente en zonas con un grado de ingresos medio y bajo, de acuerdo con el análisis del Universal Burden of Disease (GBD, por sus siglas en inglés) en 2016, la tasa de incidencia del territorio aumentó de 2,74 % casos en 2010 a 3,06 % casos en 2016. En el lapso 2010 - 2019, la mortalidad atribuible a glicemia alta en el grupo de edad de 20 a 79 años incrementó en territorios como Paraguay, Antigua, Barbuda y Santa Lucía (7).

En México, en un estudio llevado a cabo en la localidad de Monterrey que valoro el autocuidado en Diabetes tipo II en adultos mayores, muestra que solamente el 33,0 % de los adultos mayores poseen prácticas de autocuidado. Dichas prácticas se mostraron disminuidas debido a que sólo una tercera parte poblacional cumplía con los criterios

adecuados. Las actividades de cuidado que le dan más grande trascendencia son los medicamentos y cuidado de los pies y dejan de lado otros componentes de cuidado de la salud (8).

Un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes en una región de Nicaragua, el 60.4% tenían actitud favorable respecto al autocuidado, sin embargo, referente a la práctica del ejercicio físico el 49% poseen malas prácticas. Por otro lado, en el análisis sobre el conocimiento y autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II llevado a cabo en Cuba, los resultados revelan que el grado de conocimientos es bajo con un 45% de déficit en los conocimientos sobre los síntomas, los factores de riesgo y las secuelas de la patología, el 90% refiere ausencia en el autocuidado relacionadas con la práctica de ejercicio físico, la nutrición idónea y el autocontrol de la glucemia, dichos estudios se sostienen con base a la teoría de Dorothea Orem (9).

No obstante, Ecuador no evade este caso debido a que en el territorio ecuatoriano la Diabetes Mellitus tipo II en el año 2018 ha sido la segunda causa de muerte subsiguiente a las enfermedades isquémicas del corazón, incrementó a un 51 % el número de defunciones por diabetes en los últimos 10 años resultando en una cifra de 4906 fallecidos, de dicha cifra siendo el sexo femenino el mayor mortalidad con un 2628 defunciones, los casos aumentan acorde avanza la edad siendo 6731 atenciones hospitalarias las correspondientes a la edad de 65 años en adelante (10).

Simultáneamente, un análisis llevado a cabo en Ecuador en lo correspondiente al autocuidado de los pacientes diabéticos, se prueba que el 40% refirió llevar a cabo una ingesta de alimentos adecuada, el 24% expresan realizar por lo menos 30 min de actividad, el 40% indican hacer la prueba de glucemia 5 veces en la semana, y que raramente reciben charlas sobre su autocuidado, por lo cual, su grado de autocuidado es bajo, en relación a la práctica de ejercicio físico y nutrición es adecuada (11).

Por otro lado, en un análisis llevado a cabo en la localidad de Ibarra – Ecuador, en pacientes diabéticos, se evaluó el nivel de conocimientos en fronteras de autocuidado se concluyó que el comportamiento de buen autocuidado identificada en los pacientes ha sido de un 36,5%, referente a los cuidados de los pies el 59.50% no los hace, seguido por el parámetro ejercicio con el 50.8% con falta de actividad física diaria, además el 42.20% mencionó no seguir una alimentación adecuada y un 97.3% no posee control de glicemias evidenciando falencias en las actividades a realizar para conservar un óptimo estado de salud (12).

Dado que el autocuidado es el pilar fundamental del tratamiento de la Diabetes Mellitus, la carencia de este, puede desencadenar en graves complicaciones microvasculares como son: daño ocular (retinopatía), que puede llegar a ceguera; nefropatía ocasionando fallo renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras plantares y amputación; ciertas infecciones bacterianas y por hongos; alteraciones odontológicas, osteoporosis y patologías cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica, entre otras (13).

Por tal motivo, el modelo de autocuidado de Dorothea E. Orem, es el conjunto de prácticas donde el individuo ejerce acciones que benefician directamente la salud y el bienestar biopsicosocial, y a su vez es considerado como la base del tratamiento que asume una persona diabética y su familia, exigiendo conocimiento y habilidad para mantener un autocuidado apropiado, de ahí que surge la necesidad de investigar las capacidades de autocuidado de los pacientes del club de diabéticos del Centro de salud N° 1 y encontrar las posibles soluciones que se pueden aportar a este problema de salud pública, entre las que están, planes de cuidado de enfermería que se encaminan no solo al incremento de conocimientos sobre esta enfermedad, sino al desarrollo de habilidades que favorezcan la asunción de estilos de vida adecuados en dichos pacientes.

1.2 Formulación de problema

¿Cuáles serán las capacidades de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II desde la teoría de Dorothea Orem en el club de diabéticos del Centro de Salud N°1 Ibarra 2021?

1.3 Justificación

Las patologías crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus tipo II, se caracterizan por un deterioro progresivo e incapacitante de salud y, además, representa uno de los más grandes costos en salud. La carga de diabetes reduce los presupuestos nacionales de salud, disminuye la productividad, impide el crecimiento económico, aumenta los gastos en hogares y sobrecarga los sistemas de salud; asimismo, comprende una gran carga familiar, caracterizándose por una muerte prematura y baja calidad de vida debido a las complicaciones. Los estilos de vida no saludables, así como, el déficit de autocuidado es uno de los más importantes componentes de peligro atribuibles para el desarrollo de complicaciones de la patología, puesto que, los comportamientos de autocuidado son fundamentales para el tratamiento y mantenimiento del control metabólico, disminuyendo las morbididades relacionadas a las complicaciones de la patología.

El mayor aporte de esta investigación será concientizar a los pacientes diabéticos sobre el autocuidado debido a que es uno de los más importantes elementos del complejo tratamiento que deben asumir. Las actividades de autocuidado, están encaminadas a impulsar el proceso de adaptación y convivencia con la patología; el cual, necesita del conocimiento y la práctica de acciones que permitan al sujeto responder de forma habitual a sus necesidades, para conservar un estado de bienestar, curar las patologías y/o heridas, y prevenir las complicaciones.

Dorothea Orem desarrolló la teoría de enfermería enfocada en el autocuidado que la define como: una función humana reguladora que debe aplicar cada persona de manera deliberada con la intención de conservar su vida y su estado de salud, desarrollo y confort, por lo cual esta teoría es un punto de inicio para los pacientes que están tomando elecciones sobre su salud, y que desean mantener o cambiar conductas de riesgo, este modelo da un marco conceptual y establece una secuencia de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo referente con los cuidados de la persona, por lo

cual se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de esta investigación (14).

Los beneficiarios directos son los pacientes del Club de Diabéticos que reciben información de gran importancia sobre su enfermedad con el propósito de mejorar su estilo de vida desde la toma de conciencia sobre la misma. Los beneficiarios indirectos son los profesionales de enfermería que transmitirán educación continua y permanente sobre el autocuidado para la prevención de complicaciones en Diabetes Mellitus.

En cuanto a la viabilidad y factibilidad del estudio, se contó con la autorización de las autoridades del Ministerio de Salud y el apoyo del personal del centro de salud, así como de la cooperación de los pacientes pertenecientes al club, los recursos materiales y financieros estuvieron bajo financiamiento propio.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Evaluar la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de diabéticos del Centro de Salud N°1, Ibarra - 2021.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre Diabetes Mellitus.
- Estimar la capacidad y disposición de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.
- Diseñar un plan de cuidado de enfermería para la promoción del autocuidado de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II.

1.5 Preguntas de Investigación

¿Qué características sociodemográficas presenta la población a estudiar?

¿Cuál es el nivel de conocimiento del autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II?

¿Cómo la capacidad y disposición de los pacientes ayuda al autocuidado en Diabetes Mellitus tipo II?

¿El plan de cuidado de enfermería para la promoción del autocuidado de la salud en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II mejorará la calidad de vida?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Nivel de Conocimiento de autocuidado en el paciente Diabético tipo II de la Unidad Médico Familiar N° 8 de Aguascalientes, México, 2017.

El estudio realizado por Miguel Pousa (2017); cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de autocuidado en el paciente diabético tipo II de la UMF N°. 8 de Aguascalientes, cuyo método fue un estudio descriptivo – transversal en el periodo Mayo – Julio de 2016, se toma una muestra aleatoria simple con 196 pacientes con DM2 que aceptaron participar mediante firma de carta de consentimiento informado. A todos los pacientes se les aplicó un instrumento que se realizó en base a las recomendaciones de la guía de práctica clínica, divididas en conocimiento de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (15).

Se obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento sobre autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 no es adecuado. Se obtuvo una calificación promedio de 16,46 puntos de un total de 25 puntos, sobre el conocimiento de autocuidado en pacientes diabéticos tipo II. Por otro lado, se obtuvo que existe mayor participación con pacientes del sexo femenino con un porcentaje de 52,55% y el sexo masculino con de 47,44%. Como conclusión, el nivel de conocimiento no es adecuado sobre autocuidado en los pacientes diabéticos tipo II adscritos a la Unidad Médico Familiar N° 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes (15).

2.1.2. Autocuidado en Usuarios Diabéticos, en Centros de Salud Urbanos, Chillán, Chile 2019.

En el presente estudio realizado por Darynka Parada (2019), cuyo objetivo fue: Describir el autocuidado en pacientes Diabéticos según sus características sociodemográficas de los dos Centros de Salud de la ciudad de Parral. Métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, observacional cuantitativo, que se realizó en 60 pacientes diabéticos pertenecientes a centros de salud. Se utilizó un cuestionario para evaluar el autocuidado, mismo que fue aplicado durante la asistencia de los usuarios a control (16).

Resultados: Del total de la muestra, 70 % tenía antecedentes familiares de diabetes, 65,5 % poseía escolaridad básica, 41,6 % desconocía el tipo de calzado necesario para prevenir pie diabético, 11,7 % declaró no saber cómo realizar una correcta higiene de pies, 58,3 % refirió asistir al podólogo y 22,4 % había presentado alguna herida en sus pies. Se observó un alto consumo de pan, bajo consumo de frutas, verduras y agua. El 30 % conocía los efectos adversos del consumo de alcohol. Conclusiones: Se observó una capacidad de autocuidado mejorable. Debe considerarse la educación como una herramienta fundamental en la prevención de pie diabético, y dar importancia a la evaluación de los cuidados nutricionales (16).

2.1.3. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, Córdoba, Colombia 2019.

En el presente estudio realizado por Stella Ortega (2019) cuyo objetivo fue: Determinar los conocimientos y condiciones de autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Materiales y métodos. Es un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con una muestra de 41 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de una institución de salud de Montería, Colombia. En su mayoría los pacientes tenían entre

48 a 77 años; nivel educativo comprendido en primario y bachillerato, 20% corresponde a analfabeta; 88% reside en zona urbana y 73% son femeninos (17).

Dentro de los resultados se evidenció que, los pacientes manifestaron tener conocimiento sobre los cuidados básicos, por otro lado, 46% desconocen sobre su enfermedad y las complicaciones de la misma. La medicación, actividad física y alimentación son los temas educativos que con mayor frecuencia les brindan en los controles; en lo que respecta a la automonitoreo sólo lo practican aquellos pacientes que se administran insulina; más del 50% de los participantes manifestaron haber presentado complicaciones agudas o crónicas como hipertensión arterial, hipoglicemia, retinopatía y neuropatía (17).

Conclusiones: Se evidenció deficiente conocimiento sobre la enfermedad y su autocuidado en los participantes del estudio, por lo que se hace necesario desarrollar estrategias e intervenciones de apoyo educativo teniendo en cuenta las características sociodemográficas, necesidades e individualidades de los pacientes que permitan apropiarse de los conocimientos para alcanzar un adecuado autocuidado y metas terapéuticas (17).

2.1.4. Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2 Manabí, Ecuador 2020.

En este estudio realizado por Franklin Vite (2020), cuyo objetivo fue determinar las actividades de autocuidado practicadas por los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los subcentros de la zona rural de Manabí-Ecuador. Materiales y métodos: esta investigación es un estudio, descriptivo transversal no experimental, para la recolección de datos se empleó el cuestionario sobre Capacidades de Autocuidado validado por Rodríguez y col (18).

Para determinar la frecuencia de la diabetes mellitus tipo 2 en los Subcentros de salud de la zona norte de Manabí, se recopilaron datos de las fichas clínicas de los pacientes, la muestra fue de 90 pacientes que fueron captados en 10 subcentros de salud. Resultados: con la presente investigación se demostró un nivel bajo de conocimientos de la enfermedad en los pacientes, evidenciándose que el nivel de conocimiento de la población influye directamente en el cuidado que este tipo de paciente se dispensa (18).

En relación al autocuidado un 5% de la muestra respondió de forma positiva respecto a sí realizaban ajustes en sus hábitos de vida para mantenerse saludables; mientras que un 2% respondió negó hacerlo. Un 5% de la muestra da prioridad a las acciones que mantienen y protegen la salud; mientras que un 2% negó hacerlo. Un 4% de la muestra busca formas de cuidar su salud mientras que un 5% negó hacerlo. Un 4% respondió que se le alimentan de acuerdo a su situación de salud y mantienen un peso adecuado; mientras que un 4% negó hacerlo (18).

Un 7% de la muestra no realiza ejercicios ni descansa durante el día mientras que un 3% de la muestra si lo hace. Un 5% no puede dormir lo suficiente para sentirse descansado mientras que un 4% si lo hace. Conclusiones: los hábitos y conductas actuales de la muestra son considerados como un indicador de un estilo de vida acorde para su patología, puesto que la realización de actividad física, los hábitos de higiene, la correcta alimentación, las horas de descanso y el interés del propio paciente en buscar ayuda o información acerca su patología evidencia las actividades del autocuidado en los pacientes con diabetes en beneficio a sí mismos (18).

2.1.5. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos de las parroquias rurales de Quito, Ecuador, 2020.

En el presente estudio realizado por Yessenia Carrión (2020) en las parroquias de Zámbriza, San José de Minas, Pomasqui y Calderón, del Distrito Metropolitano de

Quito, durante el periodo abril - octubre 2019, cuyo objetivo fue: Determinar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de los pacientes diabéticos en diversos aspectos fundamentales de esta enfermedad. Materiales y Métodos: La metodología utilizada en este estudio fue observacional de enfoque cuanti-cualitativo, nivel exploratorio, el tipo, de campo y el diseño no experimental (19).

La obtención de datos se realizó a través de la encuesta y la entrevista en una muestra no probabilística de 40 personas. Resultados: Entre los principales resultados se destacan que el 79% de los pacientes diabéticos mantienen un control médico adecuado y el 75% presenta conocimientos sobre las generalidades de la enfermedad, es decir, que la mayoría de ellos comprenden las implicaciones de su enfermedad y la importancia del autocuidado (19).

Conclusiones: Finalmente, se concluyó que, si bien existe un amplio conocimiento sobre la diabetes, se manifiestan ciertas debilidades en la ejecución de cuidados, además de una falta de participación por parte de la población a la aplicación de las encuestas, lo cual se puede modificar a través de la implementación de charlas y programas de salud que informen e incentiven a participar activamente sobre esta enfermedad (19).

La mayoría de los estudios realizados en estas investigaciones son de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en los que se analiza el nivel de conocimientos sobre Diabetes Mellitus tipo II y la práctica de autocuidado, obteniendo como resultados que el nivel de conocimiento sobre la enfermedad es bajo, y la práctica de autocuidado de los pacientes diabéticos tipo 2 no es adecuado, evidenciándose así, que el nivel de conocimiento de la población influye directamente en el cuidado que este tipo de paciente se dispensa a sí mismos. por lo que se hace necesario desarrollar estrategias e intervenciones de apoyo educativo teniendo en cuenta las necesidades individualidades de los pacientes que permitan apropiarse de los conocimientos para alcanzar un adecuado autocuidado y metas terapéuticas.

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Caracterización del Centro de Salud N° 1 Ibarra



Figura 1. Centro de Salud N° 1 Ibarra
Fuente: (20).

El Centro de Salud N.º 1 Ibarra fue fundado por el Dr. Juan Ignacio Reyes Morales el 20 de septiembre de 1952, es considerada una Unidad Operativa del primer nivel de atención que brinda servicios integrados e integrales de promoción, prevención, recuperación para el individuo, familia y comunidad, cumpliendo con normas y programas del Ministerio de Salud Pública (20).

El área de influencia que abarca el Centro de Salud está en la zona urbana y rural, en cuanto a el Área urbana están: las parroquias el Sagrario y San Francisco y a nivel rural 9 comunidades: Yuracruz, Rumiloma, Cachipamba, Pocllocunga, Guaranguicito, Manzano Guaranguí, San Francisco de Manzano, Yuracrucito y Añaspamba, con una población total de 127.187 habitantes (20).

Es una unidad operativa que corresponde al primer nivel de atención en salud, de tipo B cuenta con una variedad de servicios, equipamiento y personal multidisciplinario, realiza su atención en los horarios de: lunes a viernes de 7:30 a 17:00; los fines de

semana en un horario de 8:00 a 16:00 este tipo de atención es solo para casos de emergencia y para realizar procedimientos (20).



Figura 2. Mapa de localización del Centro de Salud N° 1 Ibarra
Fuente: IGM, 2021.

2.2.2. Ubicación Geográfica

La investigación se realizará en el Centro de Salud N.º 1 Ibarra, el cual se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra, en las calles García Moreno 3 -34 entre Rocafuerte y Maldonado.

2.2.3. Limitación geográfica

El centro de Salud N.º 1 Ibarra se encuentra limitado de la siguiente manera: Norte: El olivo, Estadio y Ciudadela Galo Larrea. Sur: El sagrario, Las Cuatro esquinas. Este: La Victoria, Universidad Técnica Del Norte, Universidad Católica. Oeste: La Merced, Ciudadela Nuevo Hogar, Ciudadela El Chofer, Ciudadela Simón Bolívar.

2.2.4. Servicios que brinda

El Centro de Salud N.º 1 Ibarra realiza actividades de tipo intramural y extramural, dentro de lo intramural se encuentra:

- Atención en medicina General
- Atención odontológica - Atención pediátrica
- Atención obstétrica y ginecológica
- Planificación familiar
- Atención psicológica
- Curaciones
- Ecografías
- Inmunizaciones
- Preparación
- Entrega de medicación
- Atención a grupos prioritarios, club del adulto mayor, club de Diabéticos, club de la mujer embarazada.

2.2.5. Club de Diabéticos

Como parte de la estrategia para la promoción de la Salud, el Club de Diabéticos fue creado con la finalidad de brindar un servicio permanente de atención primaria en salud, así como también, ofrecer apoyo a los pacientes que padecen esta enfermedad, permitiendo que los pacientes se motiven a ver la vida con optimismo y mejoren su control y estilo de vida, de tal manera que se convierta en algo natural el llevar una alimentación equilibrada, hacer ejercicios continuamente y poder medicarse según instrucciones médicas, así como, otras actividades de autocuidado (20).

Este club está integrado por 50 personas que padecen de Diabetes Mellitus, así como, profesionales de la salud, interesados en mejorar la calidad de vida de dichos pacientes, cuyo objetivo es que las personas que tienen esta enfermedad aprendan a llevar un

estilo de vida adecuada y sobre todo que sepan manejar los hábitos alimenticios y cuidados que requieren con el apoyo de los profesionales de la salud continuamente capacitados en el manejo de esta enfermedad (20).

Dentro de la programación del club de diabéticos, están las reuniones semanales para practicar actividad física, en cada reunión los participantes practican bailoterapia durante una hora, por otro lado, los profesionales de la salud se encargan de brindar charlas y realizar actividades para promover la participación, así como, para mejorar los conocimientos sobre su enfermedad, dichas estrategias están orientadas a fortalecer la promoción de la salud.

2.3. Marco Conceptual

2.3.2. Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem. Bases de la teoría

Dorothea Elizabeth Orem (1914 – 2007) fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas, presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (14).

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem consiste en actuar de modo complementario con los individuos, familias y comunidades en la ejecución del autocuidado, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado, debidos a la desviación de salud (21).

Además, describe el objetivo de enfermería como: Apoyar al individuo a llevar a cabo y conservar por sí mismo prácticas de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha patología (21).

2.3.3. Definición de Autocuidado

El autocuidado es una necesidad humana que consiste en toda acción que el ser humano ejerce a través de sus valores, creencias, etcétera. con el objetivo de conservar la vida, la salud y el confort. Son acciones deliberadas que requieren de conocimiento. Si el individuo no puede por sí solo llevar a cabo estas acciones ya sea por limitación o por incapacidad se produce una situación de dependencia de los autocuidados (21).

2.3.4. Teoría de autocuidado

El autocuidado es un criterio introducido por Dorothea E Orem el cual lo define como, una actividad aprendida por las personas, dirigida hacia un objetivo. Es un comportamiento que existe en situaciones específicas de la vida, dirigida por los individuos sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los componentes que afectan a su propio desarrollo y manejo en beneficio de su vida, salud o bienestar (14).

2.3.5. Metaparadigmas

Un metaparadigma es un grupo de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que aseguran las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una forma abstracta. El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y visión de los cuidados enfermeros, Dorotea Orem definió los siguientes conceptos metaparadigmáticos (21).

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, usar las ideas, los vocablos y los símbolos para pensar, comunicar y dirigir sus esfuerzos, capacidad de pensar sobre su propia experiencia y hechos colaterales para realizar actividades de autocuidado dependientes (21).
- **Salud:** es un estado que para el individuo tiene diferentes significados en sus distintos componentes. Quiere decir integridad física, estructural y funcionamiento; ausencia de complicaciones que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (21).
- **Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando un individuo no puede cuidarse por sí misma para conservar su salud, la vida y el bienestar, por consiguiente, es proveer a los individuos y grupos ayuda directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones individuales (21).

2.3.6. Requisitos de autocuidado

La teoría de Dorothea Orem, determina los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo, forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es definido en la teoría como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, es por esto que, la autora propone tres tipos de requisitos (22).

- De autocuidado universal.
- De autocuidado del desarrollo.

- De autocuidado en desviación de la salud (22).

Requisito de autocuidado universal

Representan las clases de interacciones humanas que generan las condiciones internas y externas que conservan la composición y funcionamiento humano que conjuntamente apoyan el desarrollo y maduración del individuo, cuando estos requisitos se proporcionan de manera positiva el autocuidado refuerza la salud y el bienestar de las personas; entro de estos requisitos tenemos los siguientes: (21).

- “Mantenimiento de un aporte suficiente de aire”.
- “Mantenimiento de un aporte suficiente de agua”.
- “Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos”.
- “Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos”.
- “Mantenimiento entre el equilibrio y el descanso”.
- “Mantenimiento entre el equilibrio, la soledad y la interacción social”.
- “Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar individual”.
- “Promoción del manejo y desarrollo humanos en los conjuntos sociales conforme el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal” (21).

Requisito de autocuidado del desarrollo

“Impulsar las condiciones necesarias para la vida y la maduración, retardar la aparición de condiciones adversas o disminuir los efectos de dichas situaciones en los diferentes momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del hombre: infancia, juventud, madurez y vejez” (23).

Requisito de autocuidado en desviación de la salud

“Emergen o están relacionados a los estados de salud, dichos requisitos son el motivo y razón de las prácticas de autocuidado que ejecuta cada individuo que presente imposibilidad o enfermedad crónica” (23).

2.3.7. Factores condicionantes del Autocuidado

Los factores condicionantes básicos son los componentes internos o externos de las personas que afectan sus habilidades para ocuparse de su autocuidado. Dorothea Elizabeth Orem, identifica 10 variables agrupadas dentro de los condicionantes básicos: (24).

- **Edad:** es el periodo en el que transcurre la vida de una persona, número de años cumplidos.
- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a hombres de mujeres (25).
- **Estado de desarrollo:** cambios funcionales con incremento de la complejidad bioquímica y fisiológica por medio del tiempo. Comprende fenómenos de maduración y habituación. Un ejemplo de esto representa; estado mental, estados físico, estado psicosocial (26).

- **Estado de salud:** es la autopercepción del sujeto del grado de funcionalidad y confort en relación con su salud (27).
- **Orientación sociocultural:** Raíces étnicas que interaccionan sobre las decisiones en la vida, la dirección predominante en el pensamiento y en la ejecución, según los ideales, intereses y conceptos sobre el bienestar del mismo (28).
- **Factores del sistema de cuidados de salud:** son aquellas propiedades que permiten la mayor o menor accesibilidad a la atención en salud (29).
- **Factores del sistema familiar:** proporción de interacción y apoyo que la persona de su núcleo familiar; abordando: estado civil, apoyo para el cuidado de su salud (29).
- **Patrón de vida:** comportamiento es una manera constante que tiene una persona, de pensar, sentir, reaccionar físicamente y actuar en definida situación (30).
- **Factores ambientales:** cada uno de los elementos del medio que actúan directamente sobre el ser vivo (o al menos sobre una fase de su periodo vital) (30).
- **Disponibilidad y adecuación de los recursos:** son las medidas de atención elementales para lograr el confort. Sin embargo, no siempre se pueden ser capaces de obtener los medios y medidas necesarias de atención terapéutica en sus demandas de autocuidado. (31).

2.3.8. La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una interacción entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las características humanas en las que las capacidades desarrolladas para el autocuidado que conforman la acción, no son operativas o idóneas para conocer o detectar ciertos o todos los elementos de la demanda de autocuidado terapéutico existente (14).

La Agencia de autocuidado:

Dorothea Orem define la palabra agente de autocuidado a la persona que ejecuta los cuidados o ejerce alguna acción específica para mantener su bienestar. Cuando los individuos ejercen su propio cuidado se les denomina agentes de autocuidado. Por lo tanto, la agencia de autocuidado, es la capacidad de las personas para participar en su propio cuidado y bienestar (14).

Limitaciones del cuidado:

Son las barreras o restricciones para que el individuo ejecute el autocuidado que pueden ocurrir cuando el paciente carece del conocimiento suficiente sobre sí mismo y su patología. Puede presentar problemas para producir juicios sobre su salud y saber en qué instante buscar ayuda y consejo de otras personas (21).

El aprendizaje del autocuidado:

El aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento constante son funcionalidades humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y la utilización del conocimiento para la ejecución de secuencias de actividades de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es

interna o externa en su orientación puede determinarse por medio de la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras (21).

Las acciones de autocuidado interna y externamente orientadas otorgan un índice general sobre la validez de los procedimientos de ayuda. Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son: (21)

1. Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
2. Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.
3. Acciones expresivas interpersonales.
4. Secuencia de acción para controlar factores externos (14).

2.3.9. La teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea Orem en su teoría menciona la existencia de tres sistemas de enfermería: Totalmente compensador, parcialmente compensador y de apoyo educativo (32).

Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema solicitado una vez que el personal de enfermería ejecuta el papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera presta su cuidado a fin de saciar los requisitos de autocuidado del paciente hasta que este logre restaurar su propio cuidado o una vez que, haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (32).

Sistema parcialmente compensador: En este sistema no es necesaria la misma magnitud del apoyo del personal de enfermería que el sistema totalmente compensador. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente es

quién está más implicado en su propio cuidado, en la toma de decisiones y la acción de estas mismas (32).

Sistema de apoyo educativo: la autora define a este sistema de enfermería como el que más conviene al paciente ya que el mismo es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a modificar las actuales situaciones, este sistema requiere ayuda de enfermería, en ocasiones, esto puede significar simplemente ayuda emocional. El papel del profesional de enfermería se basa en contribuir a la toma de decisiones y a transmitir conocimientos y habilidades (32).

2.3.10. Definición de Diabetes Mellitus tipo II

La Diabetes Mellitus tipo II (DM2) es un trastorno metabólico de los carbohidratos, lípidos y proteínas caracterizados por hiperglucemia crónica, resulta de la coexistencia de defectos multiorgánicos que integran insulinoresistencia en el músculo y tejido adiposo, sumado a un progresivo deterioro de la funcionalidad de las células beta del páncreas, secreción inapropiada de glucagón y el aumento de la producción hepática de glucosa (33).

2.3.11. Epidemiología

La Diabetes tipo II es uno de los más grandes problemas para los sistemas de salud de América Latina, zona que engloba 21 países y más de 569 millones de habitantes. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2017 que la prevalencia ajustada de diabetes en la zona correspondió a 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, solo Norteamérica (11.1%) y el Sur del continente asiático (10.8%) tenían tasas mayores (34).

Se estima que 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años en todo el mundo tienen diabetes. Se calcula que 79,4% viven en territorios de ingresos bajos y medios. Según

los cálculos de 2019, para 2030 se prevé que 578,4 millones de adultos de ese grupo de edad, tendrán diabetes; asimismo, para 2045 la cifra incrementará a 700,2 millones (5).

De los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 34 millones (9%) residen en este estado. El aumento en el número de casos esperado (62%) para el año 2045 es más grande en nuestros países que lo pronosticado para otras zonas. La expectativa de incremento se basa en la prevalencia alta de las situaciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 40% de los pacientes con diabetes ignoran desconocen su condición (34).

2.3.12. Etiología

La diabetes mellitus tipo II es una patología crónica que surge cuando el páncreas no produce la suficiente cantidad de insulina, hormona que regula el azúcar en la sangre, o cuando el organismo no usa eficientemente la insulina que produce (35).

Esta patología se desarrolla cuando el cuerpo se hace resistente a la insulina o una vez que el páncreas no puede producir suficiente insulina. Se desconoce la razón exacta por lo cual esto sucede, aunque al parecer existen factores genéticos y ambientales, como el sobrepeso y el sedentarismo, que contribuyen a su aparición (36).

2.3.13. Fisiopatología

Para el desarrollo de esta patología se conjugan diversos defectos para establecer finalmente la hiperglicemia. En primer lugar, está la insulinoresistencia a nivel de hígado, músculo liso y tejido adiposo; se habla de resistencia periférica a la insulina a la cual se produce en el músculo estriado, donde se reduce la captación y metabolismo

de la glucosa; y de resistencia central que se desarrolla en el hígado, donde se incrementa la producción de glucosa, determinando la hiperglicemia de ayuno (37).

Lo anterior estimula la producción de insulina en las células beta del páncreas, una vez que éstas no pueden producir la cantidad de hormona suficiente para contrarrestar esta insulinoresistencia, surge la hiperglicemia o azúcar elevada en sangre, que la mayoría de las veces, indica la presencia de una falla que puede ser relativa, en la secreción de insulina. Otro defecto que favorece el desarrollo de DM es la disminución del efecto de la incretina (37).

Lo anterior, en conjunto con el aumento de la secreción de glucagón en el período postprandial se ha podido comprobar sólo en ciertos pacientes, porque la producción y desaparición de estas sustancias es relativamente rápida. Una vez que la hiperglicemia se mantiene, aunque sea en un grado moderado, se produce glicolipototoxicidad sobre la célula beta, lo cual altera la secreción de insulina e incrementa la resistencia a esta hormona a nivel hepático y muscular; por consiguiente, la falta de tratamiento adecuado favorece la evolución progresiva de la diabetes (37).

2.3.14. Factores de Riesgo

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo II se encuentran la edad, el sobrepeso o la obesidad, raza, antecedentes familiares de primer grado y sedentarismo; otros factores de riesgo son la diabetes gestacional o haber dado a luz un bebé mayor de 4 kg, hipertensión arterial e hipertrigliceridemia. El síndrome de ovarios poliquísticos y la historia de enfermedad vascular también son considerados factores de riesgo para la diabetes. Los estilos de vida son el principal factor de riesgo para esta patología, y se ha estimado que el 90% de los casos pueden atribuirse a esta causa (38).

Factores de Riesgo no Modificables

- **Edad:** la prevalencia de alteraciones en la regulación de glucosa incrementa a partir de la edad adulta, siendo mayor en la tercera edad (39).
- **Raza/etnia:** El peligro de desarrollar DM2 es más grande en afroamericanos, mestizos y en menor proporción en indígenas (39).
- **Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado:** Las personas con padre o madre con DM2 tienen entre dos y tres veces mayor peligro de desarrollar esta patología (39).
- **Diabetes gestacional:** Las mujeres con esta complicación, tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes a futuro (39).
- **Síndrome del ovario poliquístico:** La resistencia a la insulina está presente hasta en el 80% de las mujeres afectadas y la disfunción de las células β del páncreas se relacionan con la aparición de diabetes mellitus tipo 2; los dos factores se encuentran presentes en la fisiopatología de este síndrome (39).

Factores de Riesgo Modificables

Obesidad y sobrepeso: La obesidad se representa con una índice masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m² y sobrepeso con un IMC de 25 - 30 kg/m², estos factores incrementan el riesgo de desarrollar diabetes mellitus en todas las edades (39).

Sedentarismo. Un estilo de vida en el cual no se practica ejercicio disminuye el gasto de energía y promueve el aumento de peso, lo que eleva el riesgo de desarrollar dicha patología crónica (39).

Tabaquismo. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, por su influencia en la sensibilidad de los receptores de la insulina, así como, se considera un factor desencadenante de las complicaciones vasculares de la patología (39).

Patrones dietéticos. Una alimentación caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, bebidas azucaradas, refrescos dulces y postres se relaciona con un mayor riesgo de DM2 independientemente del índice de masa corporal, actividad física, edad o antecedentes genéticos (39).

Otros factores: se ha evidenciado una correlación entre el peso al nacer y el riesgo de desarrollar en un futuro Diabetes Mellitus tipo II, un peso elevado o bajo al nacer se asocia altamente con mayor riesgo de padecer dicha enfermedad durante la vida adulta, por otro lado, la lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de diabetes mellitus (39).

2.3.15. Diagnóstico

Para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo II se puede usar cualquiera de los siguientes criterios:

- Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma que sea igual o mayor a 200 mg/dL Casual se define como cualquier hora del día sin interacción con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen polifagia, poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso (39).
- Glucemia de ayuno medida en plasma que sea igual o mayor a 126 mg/dL. Ayuno se define como un período sin ingesta calórica o ingesta de alimentos de por lo menos ocho horas (39).

- Glucemia medida en plasma que sea igual o mayor a 200 mg/dL posprandial, es decir dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (39).
- Una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6.5%, usando una metodología estandarizada y trazable al estándar NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program) (39).

Para el diagnóstico en el individuo asintomático es esencial tener por lo menos un resultado adicional de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales dos y tres. Si el nuevo resultado no consigue confirmar la existencia de DM, es recomendable hacer controles periódicos hasta que se aclare el caso. En estas situaciones el médico debe tener en consideración factores adicionales como edad, obesidad, historia familiar, comorbilidades, antes de tomar una decisión diagnóstica o terapéutica (34).

2.3.16. Manifestaciones Clínicas

Algunas personas no tendrán ningún síntoma antes de ser diagnosticados con diabetes, sin embargo, pueden presentar los siguientes síntomas:

- **Poliuria:** incremento de la frecuencia en orinar, esto debido al impacto osmótico de la glucosa al estar presente en vías urinarias (40).
- **Polidipsia:** sed desmesurada, debida a la pérdida de agua por medio de la orina, y estímulo en el centro de la sed a causa de la deshidratación (40).
- **Polifagia:** aumento del apetito, debido al déficit de la glucosa en el interior de las células del centro de la saciedad (40).

- **Debilidad y cansancio**, a causa de que la glucosa no puede entrar en las células y por la incapacidad que tiene el organismo para transformar la glucosa en energía (40).
- Irritabilidad y cambios de ánimo (41).
- Sensación de malestar en el estómago y vómitos (41).
- Infecciones frecuentes, principalmente de vías urinarias (41).
- Visión borrosa (41).
- Lesiones o heridas que no se curan, o que tardan en sanar (41).
- Disfunción eréctil (41).
- Piel seca. Las uñas pierden fuerza y pueden empezar a caerse o desprenderse (41).
- Presencia de halitosis: mal aliento (41).

2.3.17. Complicaciones

Las personas con diabetes mellitus tipo II presentan numerosas complicaciones graves y crónicas que afectan muchas áreas orgánicas, éstas son: complicaciones agudas y complicaciones crónicas (42).

Complicaciones Agudas

Son las que aparecen rápidamente y representan una amenaza para la vida. Estas complicaciones pueden desaparecer igual de rápido si el paciente sabe cómo actuar. Las complicaciones agudas surgen a causa de la hiperglucemia e hipoglucemia causadas por una alteración entre la insulina disponible y la necesaria. En otras palabras, cuando se excede en la dosis de medicamento antidiabético o cuando la dosis es demasiado baja. Algunas complicaciones agudas requieren atención médica inmediata, estas son: (42).

Hipoglucemia: esta complicación es un síndrome clínico que se caracteriza por presentar niveles de glucosa en sangre menor de 60 mg/dl, con una expresividad clínica variable en función de la cifra de las tasas de glucemia y del tiempo de evolución de la enfermedad. Esta condición es la principal limitante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, tanto en el tratamiento mediante fármacos como en la aplicación parenteral de insulina exógena. Desde el punto de vista terapéutico y según la intensidad del signo clínico y síntomas presentados, la hipoglucemia puede ser leve, moderada o grave (43).

Cetoacidosis diabética: complicación aguda de la enfermedad que se caracteriza principalmente por un estado de hiperglicemia, acidosis metabólica y cetosis. Existen criterios diagnósticos de CAD, estos son: un pH plasmático menor de 7,30, un bicarbonato menor de 18 mEq/l, determinación positiva de cuerpos cetónicos (mediante tira reactiva en orina o determinación en sangre capilar) y un anión gap $[(Na^+ + k^+) - (Cl^- + HCO_3^-)]$ superior a 10 mEq/l. Es común en pacientes con DM1, aunque también suele aparecer en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 evolucionada que presenten insulinopenia (43).

Estado Hiperglucémico Hiperosmolar.

El estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH), es una complicación aguda, propia de la diabetes mellitus tipo 2, que se caracteriza por una hiperglucemia excesivamente alta, deshidratación intensa, ausencia de cetosis y un incremento anormal de la concentración osmolar en el plasma sanguíneo. Los criterios para el diagnóstico del EHH: son una glucemia mayor de 600 mg/dl, osmolaridad plasmática superior a 320 mOsm/kg, ausencia de cetosis significativa y pH conservado mayor de 7,30 (43).

Complicaciones Crónicas

Las complicaciones crónicas emergen con el lapso de los años, al no tener un control constante de glucosa y sufrir elevados niveles de glucosa en sangre constantemente, puede ocasionar patologías graves que afecten al corazón, riñones, ojos, etc. Con frecuencia, existe daño antes de que haya síntomas (44).

Uno de los principales daños secundarios es la afectación de la vasculatura, tanto de los grandes como pequeños vasos sanguíneos. Desde este punto, es que se clasifican en complicaciones crónicas microvasculares: retinopatía, nefropatía y neuropatía; y macrovasculares: enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica y enfermedad cerebrovascular (45).

Complicaciones Crónicas Microvasculares

Retinopatía diabética: Es una complicación ocular resultante de la rotura de los vasos sanguíneos en la parte posterior del ojo, con el tiempo, la diabetes puede afectar a la capa más sensible e importante del ojo, la retina (44).

Nefropatía Diabética: Los niveles de azúcar altos crónicamente dañan los vasos sanguíneos y unidades de filtrado en los riñones, por lo cual el funcionamiento de los

riñones se ve alterado, lo que resulta en enfermedad renal crónica, que puede requerir diálisis o trasplante (44).

Neuropatía Diabética: Los niveles elevados de azúcar en sangre pueden dañar los vasos sanguíneos que llevan el suministro a los nervios periféricos, lo que los irrita y daña, los daños neurológicos se expresan de algunas maneras. Si solo 1 nervio no funciona correctamente, aparece debilidad repentina en una extremidad superior o inferior. Si se dañan los nervios de las extremidades tanto en brazos como en piernas (polineuropatía diabética), la sensibilidad se verá alterada y aparece hormigueo, dolor y debilidad. Los daños en los nervios de la piel inducen a presentar mayores heridas porque se pierde la sensibilidad para percibir los cambios de presión o de temperatura (44).

Complicaciones Crónicas Macrovasculares

Enfermedad Coronaria: aquella patología en la cual existe presencia de placas ateromatosas al interior de las arterias coronarias, sin que esto implique necesariamente afección cardíaca. Además de lo anterior, la sola existencia de un ambiente hiperglicémico, como ocurre en el diabético, es un factor que aumenta tanto la tasa de crecimiento del ateroma como el volumen del mismo, además de reducir el calibre del vaso. Asimismo, estos factores también inciden en el desarrollo de la disfunción endotelial, que, a su vez, retroalimenta la aterogénesis, volviéndose un círculo vicioso fisiopatológico (46).

Enfermedad arterial periférica Es causada por el endurecimiento y obstrucción de las arterias (aterosclerosis). En la diabetes mellitus, cuando la glucemia está elevada constantemente, la glucosa se pega a las paredes internas de los vasos sanguíneos, lo que disminuye su elasticidad. Los niveles elevados de glicemia también son desencadenantes de aterosclerosis al promover la formación de placas (47).

Enfermedad cerebrovascular Un accidente cerebrovascular ocurre cuando el suministro de sangre a una sección del cerebro se interrumpe o se disminuye, lo que impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes. Las células cerebrales comienzan a morir en minutos, todo esto causado por el incremento de azúcar a nivel de la vasculatura cerebral (47).

2.3.18. Tratamiento

Existen algunos objetivos en el tratamiento del paciente con diabetes tipo 2, pero su pilar fundamental es el control glicémico y la prevención de las complicaciones. El tratamiento inicial de esta patología, por lo general, radica en un control dietético, disminución de peso y la práctica de actividad física, El control de la diabetes tipo 2 incluye: (48).

- Alimentación saludable.
- Actividad física de forma regular
- Pérdida de peso
- Tratamiento farmacológico
- Control de glucosa sanguínea
- Educación continua sobre la enfermedad (48).

Alimentación equilibrada: Contribuye al mantenimiento normal de los valores de la glicemia durante el día, y a favorecer valores lipídicos adecuados. Estas metas se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los pacientes y deben contribuir a evitar la hipoglucemia Las modificaciones alimenticias, favorecen el control glucémico. El alto contenido en fibra y una proporción adecuada de carbohidratos, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas (48).

Actividad Física: la práctica de actividad física se relaciona con la mejoría de la acción sistémica de la insulina, regula la presión arterial y favorece la captación de glucosa por el músculo y el hígado. Además, si mayor es la intensidad del ejercicio físico, se utilizan más los hidratos de carbono. Se ha relacionado que la actividad física mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas y disminuye el colesterol LDL (48).

Pérdida de peso: La pérdida de peso ayuda a tener un control adecuado de los niveles de glucemia, colesterol, triglicéridos y presión arterial. Si el paciente presenta sobrepeso, probablemente pueda comenzar a ver mejoras en estos factores después de perder tan solo el 5 por ciento del peso corporal. No obstante, cuanto más peso se pierda, mayores serán los beneficios para la salud y el control de la enfermedad (49).

Tratamiento farmacológico: Está indicado en todo individuo con diabetes mellitus tipo 2 que no logre conseguir las metas de control metabólico acordadas luego de un lapso mínimo de 3 meses, con un adecuado tratamiento no farmacológico. En la actualidad se cuenta con los medicamentos siguientes para este tipo de tratamiento.

- **Hipoglucemiantes orales:** sulfonilureas, biguanidas, inhibidores de las alfa glucosidasas, tiazolidinedionas (glitazonas) y metiglinidas (50).
- **Nuevos fármacos** utilizados para el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus están los inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4, medicamentos que mejoran la secreción de la insulina inducida por la glucosa sin ocasionar hipoglucemia o aumento de peso. En muchos países se utilizan la sitagliptina, la vildagliptina y la saxagliptina, ya sean solos o combinados con metformina (50).

- **Insulinas:** La necesidad diaria y forma de administración de la insulina varían según el paciente. Generalmente, la dosis diaria es entre 0,1-0,3 UI/kg/día y se puede cambiar de acuerdo con las necesidades y características de cada paciente en particular (50).

Control del nivel de azúcar en sangre: El control de la glucemia en el paciente diabético, es esencial para asegurarse de estar en los valores adecuados. Esto depende de cada paciente, por ejemplo, controlarlo una vez al día y antes o después de hacer ejercicio o cuando el médico lo decida. Si el paciente se administra insulina, es posible que haya que controlarlo varias veces al día (49).

El control suele realizarse con un pequeño dispositivo para el hogar, llamado glucómetro, que mide la cantidad de azúcar en una gota de sangre. Se deberá llevar un registro de las mediciones para compartir con el equipo de salud para tomar las decisiones de las recomendaciones que requiera el paciente (49).

Educación terapéutica continua: La educación es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como componente esencial en la atención integral al paciente diabético. Sigue como fines primordiales proporcionar información y conocimientos sobre la enfermedad; entrenar y adiestrar en la adquisición de capacidades y hábitos; pretende generar en el paciente una conciencia real de su condición, que le permite alcanzar cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Debe ser progresiva, continua y ajustada a las necesidades clínicas de cada paciente, así como a lograr la incorporación activa de sus familiares al tratamiento (48).

Plan de Cuidados de Enfermería: Un plan de cuidados estandarizado es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico. El plan de cuidados es la agrupación y delimitación de los cuidados de enfermería orientados a la

promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades (51).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 32.- “Derecho a la Salud. - La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (52).

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (52).

Art. 359.- “El sistema nacional de salud comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarca todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (52).

Art. 362.- *“Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes” (52).*

Ley Orgánica de Salud.

Art. 6.- “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información” (53).

Art. 69. “La atención y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios. Para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto” (53).

Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025

“El Plan Creando Oportunidades establece las prioridades para el actual régimen, cada una de las políticas planteadas hace referencia a temas de relevancia para el Ecuador y cuenta con una o más metas asociadas que posibilita la búsqueda de soluciones reales ante las necesidades de los ciudadanos, con énfasis en la población más vulnerable” (54).

Eje Social *“Salud gratuita y de calidad: el Banco Mundial manifiesta que todas las personas deben tener acceso a un servicio de salud que sea asequible y de calidad, cuyo financiamiento impulsará la accesibilidad integral. En el Ecuador, el limitado acceso a los servicios de salud inclusivos y de calidad se reflejan en el bienestar social, observándose problemáticas nutricionales, sedentarismo, complicaciones en enfermedades crónicas, entre otros” (54).*

2.4.2. Marco Ético

Declaración de Helsinki

Principios generales

- *“El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad” (55).*
- *“La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales” (55).*

Grupos y personas vulnerables

- *“La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable.*

Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación” (55).

Privacidad y confidencialidad

“Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal” (55)..

Consentimiento informado

“La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria, aunque se puede consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (55).

Principios de Bioética

“La bioética viene a ser una nueva disciplina que funciona como lazo entre las ciencias y las humanidades, haciendo énfasis en dos aspectos importantes: 1) implica siempre acciones que concuerdan con estándares morales y 2) los valores éticos no pueden ser separados de los hechos biológicos, pues van de la mano. Es importante imponer siempre límites con respecto a las decisiones del profesional de salud, estos límites incluyen el respeto a la libre decisión del paciente, la expresión de su idea y preservar su dignidad, está bien aconsejar, pero no forzar sus decisiones. Los profesionales en la rama de la salud deben tener siempre presente, los siguientes principios”:

Beneficencia: “Se refiere a la necesidad de no hacer daño, hacer el bien siempre, el personal de enfermería debe tener la capacidad de ver al paciente como así mismo y comprender al individuo a su cargo” (56).

No Maleficencia: “Se trata de evitar la imprudencia y negligencia, evitar hacer daño físico, mental o psicológico” (56).

Justicia: “Se refiere a la igualdad y equidad, en este contexto indica atender primero al más necesitado, exigir la igualdad de trato, sin ningún tipo de discriminación y hacer uso racional de los recursos materiales evitando que falten en los momentos de necesidad” (56).

Autonomía: “Es la capacidad que tiene cada individuo para tomar sus propias decisiones respecto a su enfermedad. Esto requiere tener información de las consecuencias de estas acciones. Implica también respeto por las personas y sus opiniones, supone considerar al paciente como un ser capaz de tomar decisiones acordes. El objetivo no es convencer al paciente de aceptar la propuesta que se le hace, si no educarlo y darle los recursos necesarios para que pueda tomar decisiones acertadas para su salud” (56).

Código Deontológico de Enfermería

“El Código deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermería) para la profesión, cuenta con cuatro elementos principales que involucran al personal de enfermería en: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento” (57).

La enfermera y las personas.

“La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los

cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad” (57).

“La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada (...). La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla” (57).

La enfermera y la práctica.

“La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia, mediante la formación continua” (57).

“Dispensará los cuidados, una vez que corrobore que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas” (57).

“Tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto” (57).

La enfermera y la profesión

“A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería” (57).

“La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos” (57).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Cuantitativa. - “Es aquella que representa un conjunto de procesos de forma secuencial y probatorio, cada etapa precede a la siguiente, el orden es riguroso, aunque se puede redefinir alguna fase, este enfoque, parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. En este sentido, de cada pregunta se determinan variables; se miden en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones” (58). La presente investigación tuvo un diseño cuantitativo porque se recopiló los datos para dar respuesta a las preguntas de investigación basado en el sondeo numérico y estudio estadístico de las variables de autocuidado según la teoría de Dorothea Orem.

No experimental. - “Es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios en los que no verían en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (58). Esta investigación tuvo un diseño no experimental ya que se desarrolló sin manejo deliberado de variables.

3.2. Tipo de estudio

Descriptivo. - Consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con estos estudios, se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (58). En esta investigación se describieron las características sociodemográficas, conocimientos sobre Diabetes mellitus, así como también, la capacidad de autocuidado de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II del Centro de Salud N° 1.

Transversal. - “Es un tipo de investigación que recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (58). La recopilación de datos se realizó el 14 de octubre del 2021 en una reunión programada a la cual asistieron los pacientes pertenecientes al club de diabéticos del Centro de Salud N° 1.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Ibarra, esta unidad operativa es de primer nivel de atención, tipo B de acuerdo a la clasificación de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública.

3.4. Población

3.4.1 Universo

Población usuaria con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que recibe atención en el Centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra.

3.4.2 Muestra

Se determinó mediante un muestreo no probabilístico conformado por la población adulta y adulta mayor con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que pertenecen al Club de diabéticos del Centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra (N = 30).

3,4,3 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que pertenecen al Club de diabéticos del Centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante consentimiento informado (Anexo 1).

3.4.4 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que no pertenecen al Club de diabéticos del Centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra.
- Pacientes que no puedan comunicarse de forma verbal.
- Pacientes que no se encontraron al momento de la aplicación del instrumento.

3.5.Operacionalización de variables

OBJETIVO 1: Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento
Características sociodemográficas de la población en estudio	Conjunto de características biológicas, sociales, económica y culturales que están presentes en la población de estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles en los diversos medios donde se desenvuelva el sujeto (49).	Conjunto de características sociodemográficas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (49).	Edad	Cuantitativa Continua	Rango de edad <ul style="list-style-type: none"> • Menores de 40 años • De 41 a 50 años. • De 51 a 60 años • De 61 a 70 años • De 70 a más años. 	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el rango de edad?	Encuesta/ Cuestionario
			Autoidentificación Étnica	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afroecuatoriana • Otros 	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es la etnia con la que se autoidentifica la población?	Encuesta/ Cuestionario
			Actividad económica según ocupación	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado • Quehaceres domésticos • Jubilado • Desempleado • Otros 	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es la ocupación de la población en estudio?	Encuesta/ Cuestionario
			Estado de convivencia de la población	Cualitativa Nominal Politómica	a) Soltero b) Casado c) Unión libre d) Divorciado e) Viudo	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el estado civil de la población en estudio?	Encuesta/ Cuestionario

			Nivel de instrucción	Cuantitativa Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Educación Básica • Bachillerato f) Superior 	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuánto es el nivel de instrucción del personal de enfermería?	Encuesta/ Cuestionario
OBJETIVO 2: • Identificar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre Diabetes Mellitus.								
Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento
Conocimiento sobre Diabetes Mellitus	Es el conglomerado de información, hechos y principios sobre la Diabetes Mellitus y medidas de control que se van adquiriendo y retienen a lo largo de la vida (59)	El conocimiento sobre la diabetes influye directamente en el proceso de autocuidado, permite valorar la necesidad de sensibilizar a la población, acerca de las complicaciones de la enfermedad (60).	Conocimientos generales	Cualitativa Nominal	1. Respuesta correcta. 2. Respuesta incorrecta. 3. No sabe/ no contesta.	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el nivel de conocimiento general en Diabetes Mellitus de la población de estudio?	Escala de Conocimientos sobre Diabetes (ECODI).
		Se midió a través de un cuestionario validado que mide conocimiento sobre Diabetes Mellitus.	Conocimientos sobre complicaciones de la Diabetes Mellitus.	Cualitativa Nominal	Respuesta correcta. Respuesta incorrecta. No sabe/ no contesta.	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre complicaciones de la diabetes de la población de estudio?	Escala de Conocimientos sobre Diabetes (ECODI).

			Conocimientos sobre tratamiento, estilo de vida saludables (alimentación y ejercicio)	Cualitativa Nominal	Respuesta correcta. Respuesta incorrecta. No sabe/ no contesta.	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre tratamiento, estilos de vida saludables de la población de estudio?	Escala de Conocimientos sobre Diabetes (ECODI).
OBJETIVO 3: Estimar la capacidad y disposición de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.								
Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Dimensión	Tipo de Variable	Escala	Fuente	Pregunta	Instrumento
Capacidad y disposición de autocuidado	Son las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, son prácticas a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades o complicaciones (61).	Según Dorothea Orem, el autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos. Consiste en la práctica de actividades que las personas llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, con el interés de mantener un	Funcionamiento y desarrollo personal	Cuantitativa Continua	Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cuál es el funcionamiento y desarrollo personal de la población de estudio?	Escala para valorar la Agencia de Autocuidado (ASA).
			Actividad y reposo	Cuantitativa Continua	Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cómo es la actividad y reposo de la población de estudio?	Escala para valorar la Agencia de Autocuidado (ASA).
			Interacción social	Cuantitativa Continua	Escala Likert 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Casi siempre 4. Siempre	Pacientes del Club de Diabéticos	¿Cómo es la interacción social de la población de estudio?	Escala para valorar la Agencia

		funcionamiento, desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (62)							de Autocuidad o (ASA).
--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1 Técnica

Encuesta: “Es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación para la recogida de datos a través de la interrogación de los sujetos de estudio, con el propósito de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida” (58). En esta investigación se aplicó dos encuestas que permitieron indagar sobre las características sociodemográficas, nivel de conocimiento y capacidades de autocuidado en pacientes pertenecientes al club de Diabéticos del Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Ibarra.

3.6.2 Instrumento

“Es el medio material que se emplea para recoger y almacenar la información, un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso del cual se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. De este modo el instrumento sintetiza en sí toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco teórico, selecciona datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto, las variables utilizadas” (58).

Los instrumentos que se utilizaron fueron 2, El cuestionario Escala de Conocimiento sobre la Diabetes (ECODI) y la Escala ASA (Anexo 2).

3.6.3 Escala de Conocimiento sobre la Diabetes (ECODI)

Consta de 21 preguntas en las cuales se muestran 3 áreas de conocimientos teóricos sobre la enfermedad (conocimientos básicos sobre la Diabetes Mellitus tipo II, alimentación y ejercicio. Cada ítem consiste en una pregunta con 4 posibles respuestas,

siendo solo una la correcta. Para fines de este estudio y dando cumplimiento al segundo objetivo, se identificaron las siguientes variables de interés que son: Conocimientos sobre la enfermedad, (4 ítems), Complicaciones de la diabetes mellitus tipo II (6 ítems), la siguiente variable es sobre tratamiento de la enfermedad (11 ítems) (63).

3.6.3 Escala ASA (Apreciación de Agencia de Autocuidado)

Por sus siglas en inglés; Appraisal of the Selfcare Agency), es un instrumento que mide el nivel de autocuidado y tiene como base teórica la Teoría de “Déficit de autocuidado de Dorothea Orem” (Anexo 2). Esta escala se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas tipo Likert, donde Nunca (1) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y Siempre (4) el más alto (64).

Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 96 puntos, en función de la actividad que la persona ha llevado a cabo. Por lo tanto, un puntaje global (suma de todos los ítems) de 96 corresponde a una capacidad máxima de autocuidado y un puntaje de 24 corresponde a una capacidad mínima de autocuidado, se tuvo en cuenta los ítems para cada una de las dimensiones sugeridas, tales como interacción social: ítems: 12 y 22; funcionamiento y desarrollo personal: ítems: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21 y 23; actividad y reposo: ítems: 3, 6, 11, 13. La escala establece, además, rangos de categorías de: alta capacidad de autocuidado con puntajes mayores a 3,51; medio con puntajes iguales o mayores a 2,51 y bajo con puntajes menores a 2,5 (65).

3.6.3 Validación del Instrumento

La Escala de Conocimientos sobre Diabetes (ECODI), es un cuestionario validado y modificado en 2015 por Jiménez y Peyró (63), el instrumento mide los conocimientos de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus y está representada un alfa de Cronbach de 0.764, por tanto, es considerada de alta confiabilidad (63). Por otro lado, la Escala ASA, que es uno de los instrumentos que recoge, de forma más clara y

concisa, los principales elementos de la capacidad de autocuidado. La validez interna de este instrumento en el contexto Latinoamericano está reportada con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,74 (66).

3.6.4 Análisis de Datos

Una vez recopilada la información, se diseñó una base de información en el programa estadístico Microsoft Office Excel 2019, se importó al programa estadístico SPSS para el cálculo de medias aritméticas que permite realizar análisis y tablas estadísticas, los cuales fueron analizados a través de la estadística descriptiva básica, con frecuencias y porcentajes, lo que facilitó el análisis de resultados.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio

Indicador	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Menores de 40	2	6,7
	41 - 50	5	16,7
	51 - 60	11	36,7
	61 - 70	8	26,7
	Mayores de 70	4	13,3
Sexo	Femenino	25	83,3
	Masculino	5	16,7
Estado civil	Soltero	5	16,7
	Viudo	3	10,0
	Casado	18	60,0
	Divorciado	1	3,3
Nivel de instrucción	Educación básica	15	50,0
	Bachillerato	13	43,3
	Superior	1	3,3
	Ninguna	1	3,3

Análisis: Aplicada la herramienta de investigación se determinó que, en el indicador de edad, la población con mayor presencia comprende entre los 51 - 60 años que pertenece al grupo de adultos, con un porcentaje de mayoritario. Además, se refleja que las de 61-70 años son representativas en segundo lugar.

Según el INEC (67), la población económicamente activa es la más representativa en el país, está considerada desde los 15 años en adelante, considerando que el sector en investigación se encuentra en este rango.

En relación a los datos de sexo, se determina que la población mayoritaria corresponde al sector femenino; mientras que el sector masculino alcanza la siguiente ubicación, considerado una minoría en este estudio. Según el INEC (67), la población en el Ecuador en su mayoría son mujeres, coincidiendo con los datos recopilados en la investigación. En lo que respecta al estado civil, se evidencia que el porcentaje alcanzado de encuestados se encuentran casados; mientras porcentajes minoritarios corresponden a solteros, mínimamente a viudos, uniones libres y divorciados.

Para determinar la ocupación de los encuestados se determina lo siguiente: el porcentaje mayor realiza quehaceres domésticos; mientras una parte de la muestra se encuentra empleada; además, se menciona que los jubilados son minoría y este mismo porcentaje se dedica a otras actividades. Considerando que la población mayoritaria en el estudio son mujeres, lo que indica que muchas de ellas se encuentran en una situación de subempleo en el país y no disponen de un seguro social, puesto que las labores que ejecutan corresponden en su mayoría a los quehaceres domésticos no remunerados (68).

Se detalla que la mitad de encuestados han terminado a la educación básica; mientras que un porcentaje cercano mencionan al menos haber cursado el bachillerato; mientras un porcentaje mínimo tiene una formación superior y este mismo porcentaje dice no tener ningún tipo de instrucción. En el Ecuador los niveles de instrucción formal han ido en incremento a partir de consolidar el acceso gratuito y universal al sistema educativo consagrado en la Constitución de la República, los niveles de analfabetismo son mínimos y en su mayoría la población dispone de un nivel secundario aprobado (69).

Tabla 2. Conocimientos generales en Diabetes Mellitus tipo II

Pregunta	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre	9	30,0
2	70-110 mg/dl	16	53,3
21	Es un análisis de sangre que muestra los niveles de azúcar glicemia en los últimos 3 meses	17	56,7
Total, respuestas correctas		42	

Análisis: Según el instrumento en la dimensión conocimientos generales sobre Diabetes Mellitus tipo II se evidencia que un poco más de la mitad de la población de estudio tiene conocimiento sobre lo que es la hemoglobina glicosilada refiriéndose al análisis de sangre que muestra los niveles de glicemia en los últimos 3 meses, seguido se observa el conocimiento sobre los valores normales de glicemia de 7 - 110 mg/dL Cabe mencionar que un porcentaje mínimo de los encuestados tiene conocimiento de lo que es la insulina, ya que los pacientes hacen referencia al medicamento que se administran como tratamiento para el control de los niveles de glucosa, cuya respuesta es incorrecta, esto es preocupante ya que puede representar un riesgo para la salud. En un estudio realizado por Gómez sobre “Nivel de conocimiento que tienen los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en relación a su enfermedad” se encontró que el nivel de conocimiento acerca de su enfermedad, el 64.9 % tiene un nivel de conocimiento adecuado, resultados similares evidenciados en este estudio (70).

Tabla 3. Conocimientos sobre complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo II

Pregunta	Complicaciones, (hiperglicemia e hipoglicemia, síntomas y causas)	Frecuencia	Porcentaje
3	Alto nivel de azúcar (glucosa) en sangre: hiperglucemia	18	60,0
5	Bajo nivel de azúcar (glucosa) en sangre: hipoglucemia	13	43,3
6	Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas)	10	33,3
20	El azúcar (glucosa) sanguínea es demasiado alto	17	56,7
13	Los diabéticos con los años, pueden tener mala circulación	24	80,0
	Total, respuestas correctas	72	

En la categoría donde se evalúa el conocimiento sobre las complicaciones en las 5 preguntas se alcanzó un total de respuestas correctas primando el conocimiento sobre cuidados de los pies quienes manifiestan que los diabéticos con los años, pueden tener mala circulación, seguido se evidencia el conocimiento sobre sintomatología de la hiperglucemia, en donde la mayoría responde correctamente (aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito) los participantes tienen conocimiento cuando aparece glucosa en la orina, donde más de la mitad de la población responde correctamente afirmando que es la presencia de glucosuria, dichos conocimientos son de gran importancia ya que al tener conocimiento el paciente puede ser capaz de tomar las medidas necesarias para cuidarse y evitar las complicaciones crónicas que desencadena esta enfermedad, por otro lado, en lo que respecta a las preguntas sobre conocimiento de sintomatología de la hipoglucemia (sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos) y porque se produce la hipoglucemia, hay un porcentaje bajo de respuestas correctas evidenciando que existe confusión en dicha sintomatología, pudiendo representar un factor de riesgo para descompensación por un manejo inadecuado de la Diabetes.

Mismos resultados se obtuvieron en el estudio realizado por Zamora con el tema “Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento” se evidencia el nivel de conocimiento de prevención de complicaciones en los pacientes con Diabetes tipo II, donde solo el 10.3% representa el nivel adecuado en conocimientos (71).

Tabla 4. Alimentación adecuada y ejercicio

Preguntas	Alimentación adecuada y ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
4	Demasiada comida	19	63,3
7	Cinco: desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y merienda	25	83,3
8	Refrescos y bollerías	10	33,3
9	Pastas alimenticias (macarrones)	6	20,0
10	Ayudar a regular los niveles de azúcar (glucosa) en sangre	14	46,7
11	Verdura	16	53,3
12	Seguir bien la dieta	16	53,3
13	Un peso adecuado facilita el control de la diabetes	23	76,7
14	Es beneficiosa	12	40,0
15	Todos los días de forma regular tras una comida	26	86,7
16	Baja el azúcar (glucosa) en sangre	13	43,3
17	Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal	12	40,0
19	No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular	28	93,3
Total, respuestas correctas		220	

Finalmente, en la categoría de alimentación adecuada y ejercicio se evaluaron 13 preguntas de las cuales, la mayoría de encuestados consideran que no olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular es lo más importante en el control de la diabetes, por otro lado, un porcentaje similar dice que para el control de la diabetes es necesario hacer ejercicio todos los días de forma regular, seguido de un porcentaje alto que manifiesta que un paciente diabético debe realizar cinco comidas al día: desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y merienda, lo cual permite identificar que la población de estudio tiene conocimiento de los factores protectores que contribuyen en la prevención de complicaciones secundarias a esta patología, por último en porcentaje sumamente bajo sabe el tipo de alimentos que puede consumir, pero no debe abusar (pastas alimenticias), por lo que es importante reforzar estos conocimientos a través de la educación continua. Datos similares se encontraron por Gómez donde evidencia el nivel de conocimiento sobre el control glucémico, alimentación equilibrada y la práctica de ejercicio físico obteniendo que el 28.9 % tiene nivel medio de conocimiento, lo que representa riesgo de salud para el desarrollo de complicaciones (70).

Tabla 5. Conocimientos generales en Diabetes Mellitus II, resumen

Variable	Respuestas	
	N	Porcentaje
Respuesta correcta	344	54,6%
Respuesta incorrecta	189	30,0%
No sabe/no contesta	97	15,4%
Total	630	100,0%

Análisis: Se evidencia que un poco más de la mitad de encuestados, tienen conocimiento sobre la Diabetes Mellitus ya que respondieron correctamente. Cabe destacar que existe un porcentaje de pacientes cuya respuesta fue incorrecta y el resto de pacientes no conoce sobre la enfermedad, lo que significa un riesgo de desarrollar complicaciones de la enfermedad como la nefropatía diabética, retinopatía, pie diabético, etc. En el estudio Soler, Pérez y López (70) se evidenció que el nivel de conocimientos sobre la diabetes mellitus que predomina en los participantes es alto, con un 95,45%, resultados similares a los encontrados en este estudio.

Tabla 6. Nivel de autocuidado según la dimensión Interacción Social

N°	Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.	1,42	Baja
22	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	3,38	Media

En cuanto al nivel de autocuidado en la dimensión de interacción social, se valoró la capacidad del paciente para solicitar ayuda a personas o grupos sociales en búsqueda de beneficios para el cuidado de su salud; los resultados arrojaron medias aritméticas equivalentes a una baja y media capacidad de autocuidado. El apoyo social es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional y afectiva de la red social que rodea a los individuos, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguado el estrés que supone una enfermedad, por lo que, es importante concientizar a los pacientes del club de diabéticos, así como, a sus familiares a brindar un apoyo mutuo entre ellos a fin de conseguir bienestar y cuidado en beneficio de su salud. Mismos resultados se evidencian en el estudio realizado por Contreras con el tema “Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa donde valoró la capacidad de autocuidado según la interacción social arrojando resultados equivalentes a una regular capacidad de autocuidado (73).

Tabla 7. Nivel de autocuidado según la dimensión de Funcionamiento y Desarrollo personal

Nº	Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	3,32	Media
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	2,58	Media
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	3,51	Alto
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	3,25	Medio
23	Puedo sacar tiempo para mí.	2,74	Medio
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	3,76	Alto
19	Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	2,81	Medio
16	He sido capaz de cambiar costumbres que tenía muy arraigadas con tal de mejorar mi salud.	3,15	Media
2	Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	3,93	Alto
8	Me baño con frecuencia para mantenerme limpio.	3,56	Alto
9	Para mantenerme en un peso adecuado hago cambios en mis hábitos alimenticios.	3,47	Medio
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo el manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	3,46	Medio
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	3,10	Medio
7	Yo puedo buscar mejores actividades para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	3,00	Medio
14	Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	3,58	Alto

En relación al nivel de autocuidado, dimensión de funcionamiento y desarrollo personal, entendida esta como las acciones que realiza el paciente para prevenir o controlar situaciones que afectan el autocuidado y confort, predominó la categoría medio capacidad de autocuidado, con valores promedios entre 3,5 a 4 en los componentes de habilidades comunicativas, máxima atención y vigilancia del paciente

respecto a si mismo. Además, el aspecto relacionado con el apoyo educativo que recibe el paciente al tomar nuevos medicamentos, clasificó en la categoría alto, esto debido a que los profesionales del Centro de Salud, brindan atención permanente mediante las reuniones programadas que tiene los pacientes. La dimensión consumo de alimentos se valoró a través del ítem 9 que clasificó en la categoría medio nivel de autocuidado, con una media aritmética de 3,47 y hace referencia a los cambios alimenticios que realiza el paciente para mantener el peso adecuado. Con relación a los ítems 1, 10 y 18 relacionados con el afrontamiento de problemas o circunstancias cambiantes en la vida, reportaron también dentro de la categoría media capacidad de autocuidado. Según Martínez en su estudio hace referencia un estudio hace referencia a la capacidad del autocuidado que beneficia la autonomía del enfermo, sus posibilidades de participación social y su equilibrio emocional, siendo un factor que contribuye mucho a la calidad de vida del enfermo y el cuidador. (71).

Tabla 8. Nivel de autocuidado según la dimensión Actividad y Reposo

Nº Ítems	Media aritmética	Categoría ASA
11 Pienso en hacer ejercicio, pero no llego a hacerlo.	1.54	Bajo
20 Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	2,70	Media
6 Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	3,00	Medio
13 Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	3,20	Medio
3 Si tengo problemas para moverme o desplazarme pido ayuda.	3,33	Medio

Respecto al nivel de autocuidado según la dimensión actividad y reposo, se resalta la categoría media capacidad de autocuidado, con valores mínimos de media aritmética en los aspectos referidos a disposición de energía para realizar las acciones de autocuidado (6 y 13), para el ítem 20 se evidencia media capacidad de autocuidado en relación al tiempo necesario para cuidarse y descansar. Por otro lado, el ítem 11 que hace referencia al mantenimiento del equilibrio actividad – reposo, clasificó en la categoría media capacidad de autocuidado. Mismos resultados se evidencian en el estudio “ El autocuidado en la atención primaria de salud” la actividad y reposo de los diabéticos con el porcentaje más alto de auto cuidarse es del 68% que mantienen su energía para preservarse, seguido del 57% de la población logra descansar sintiéndose satisfecho mientras que lo demás no lo consiguen, el tiempo para el ejercicio, la relajación y el auto cuidarse tomado por cada paciente es insuficiente para conservar su bienestar (75).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La mayoría de la población de estudio oscila entre 51 a 60 años, considerándose población económicamente activa, en lo que respecta al sexo, predominan las mujeres, resultados que se relacionan con la ocupación ya que en su mayoría se dedican a los quehaceres domésticos, por otro lado, el nivel de educación predominante es la educación básica en los encuestados.

El nivel de conocimiento de los pacientes sobre Diabetes Mellitus se considera en un nivel aceptable, puesto que un poco más de la mitad de la población respondieron correctamente las preguntas del instrumento, sin embargo, el otro porcentaje del grupo encuestado no tiene conocimiento sobre los signos de hipoglucemia, beneficios de la actividad física y alimentos permitidos lo que representa un riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. Respecto al conocimiento de la insulina existe confusión piensan que solo con su administración su salud alcanzará niveles óptimos.

La capacidad estimada de autocuidado predominó en su mayoría media disposición de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II, y se evidenció dificultades en los aspectos relacionados con apoyo social y bienestar personal, lo que repercute directamente en su capacidad de autocuidado.

5.2. Recomendaciones

A los pacientes pertenecientes al Club de diabéticos que sigan asistiendo a las reuniones programadas para que se motiven y se fomente la interacción entre ellos mismo y de este modo se transmitan conocimientos que algunos pacientes aún tienen desconocimiento, esto a su vez va a promocionar o mejorar las prácticas de autocuidado, ya que el conocimiento es el pilar fundamental para realizar las acciones en bien de su salud evitando las complicaciones que conlleva la enfermedad.

A los profesionales de enfermería del Centro de Salud N° 1 a implementar la teoría de Dorothea Orem, en la metodología del cuidado enfermero que es el punto de partida del fundamento de las actividades del autocuidado que se imparte a los pacientes esto permitirá esclarecer las dudas y falta de conocimiento en relación de los síntomas y alimentación, lo que va a influir directamente en la interacción social y por ende fortalecer la capacidad de autocuidado.

Al Centro de Salud a que sigan brindando el apoyo continuo y la educación a los pacientes que pertenecen al club de Diabéticos ya que esto es una fuente de apoyo y motivación para mejorar la capacidad de autocuidado que se relaciona directamente con la prevención de complicaciones que puede desencadenar la enfermedad a través de prácticas como es la administración correcta de la insulina y la prevención del pie diabético.

A seguir fortaleciendo la promoción de la salud ya que es el proceso que permite a los profesionales incrementar el control sobre la salud para mejorarla, así como también, ayuda a reducir el exceso de mortalidad y a tratar los principales factores de riesgo de la enfermedad, contribuyendo así, a fortalecer los sistemas de salud y convirtiendo la salud en el tema central del programa más amplio de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega S. Conocimientos sobre la Enfermedad y Autocuidado de Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Avances en Salud*. 2019.
2. Sillas D. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. *Desarrollo Científico Enfermería*. 2017.
3. Viramontes E. Intervención educativa de enfermería para el autocuidado de los pies en personas que viven con diabetes tipo 2. *Aquichan*. 2018;: p. 343-35.
4. Simplício P. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. *Enfermería Global*. 2017 Diciembre; 16(45).
5. FDI, Federación Internacional de Diabetes. *Atlas de la Diabetes*. [Online].; 2019. Available from: <https://n9.cl/fpnz7>.
6. Sánchez B. Detección de riesgo de diabetes tipo 2 y su relación con alteraciones metabólicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019.
7. Palacios J. OECDiLibrary. *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. [Online].; 2020. Available from: <https://n9.cl/tthwh>.
8. Pérez M. Autocuidado en el adulto mayor con diabetes tipo 2. *Revista Enfermería Herediana*. 2016.
9. Chapman M. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016.
10. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Online].; 2020. Available from: <https://n9.cl/ncctt>.
11. Saltos G. Autocuidado en pacientes con diabetes del Hospital Guasmo Sur de Guayaquil. *Más Vida Revista de Ciencias de la Salud*. 2019;: p. 7-12.

12. Flores G. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. [Online].; 2017. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7344>.
13. Meza C. Fisiopatología de la nefropatía diabética: una revisión de la literatura. Medware. 2017.
14. Naranjo Y. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017.
15. Pousa M. Universidad Autónoma de Aguascalientes. [Online].; 2017 [cited 2021 Febrero 3. Available from: <http://hdl.handle.net/11317/1257>.
16. Darynka P. Autocuidado en usuarios diabéticos, en centros de salud urbanos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019 Julio; 35(4).
17. Stella O. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Avances en Salud. 2019 Octubre; 3(2).
18. Vite F. Práctica de autocuidado en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Revista Sinapsis. Monográfico especial. ECI – ITSUP. 2020.
19. Carrión Y. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes diabéticos de las parroquias rurales de Quito, Ecuador. Revista Cuatrimestral Conecta Libertad. 2020 Julio; 4(2).
20. MSP. Ubica Ecuador. [Online].; 2021 [cited 2021 Febrero 09. Available from: <https://www.ubica.ec/info/f15679fe22f4e9df16402a5e0add2b53>.
21. Naranjo Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Archivo Médico Camagüey. 2019.
22. Zambrano D. Modelos y Teorías New. [Online].; 2020. Available from: <https://www.periodicodigitalgratis.com/44362/dorothea-orem-y-su-teoria-del-deficit-del-autocuidado-con311934>.

23. Información sobre Enfermería. Dorothea E Orem. [Online].; 2021. Available from: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>.
24. Escuela de Enfermería. Autocuidado en el Ciclo Vital. [Online].; 2021. Available from: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm.
25. FAO. Vocabulario referido a género. [Online].; 2021. Available from: <https://www.fao.org/3/x0220s/x0220s01.htm>.
26. Gonzáles J. Teorías del Envejecimiento. [Online].; 2021. Available from: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>.
27. Instituto Vasco. Estado de Salud. [Online].; 2021. Available from: https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_16/opt_0/tipo_5/ti_estado-de-salud/temas.html.
28. Aicad. Sociocultural. [Online].; 2020. Available from: <https://www.aicad.es/sociocultural/>.
29. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;; p. 82-89.
30. Delgado L. Milenio. [Online].; 2021. Available from: <https://www.milenio.com/opinion/luis-rey-delgado-garcia/para-reflexionar/patrones-de-comportamiento>.
31. Martínez Á. . [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/mbhno>.
32. Fernández C. Manual CTO, Oposiciones de Enfermería. [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/oc5a7>.
33. MSP. Guía te Práctica Clínica Diabetes Mellitus Tipo II. [Online].; 2017. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf.

34. ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2019.
35. OPS. Deficiencia de acción insulina. [Online].; 2018. Available from: <https://n9.cl/zea52>.
36. OMS. Informe Mundial sobre la Diabetes. [Online].; 2016. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf>.
37. SANOFI. Fisiopatología de la diabetes mellitus. [Online].; 2019. Available from: <https://n9.cl/ltql>.
38. NIH. Factores de riesgo para la Diabetes tipo II. [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/bgmsy>.
39. RedGDPS. Definición de prediabetes y población de riesgo. [Online].; 2018. Available from: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/definicion-de-prediabetes-y-poblacion-de-riesgo-20180907>.
40. Maddukuri G. Manual MSD. [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/j5pgj>.
41. Clinic M. Diabetes de tipo 2. [Online].; 2021. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>.
42. Pérez A. Algunas consideraciones sobre la diabetes mellitus y su control en el nivel primario de salud. MEDISAN. 2015.
43. Torres R. Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2. Resimundo. 2020;; p. 46-57.
44. Hodelín E. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo II en adultos mayores. Revista Información Científica. 2018;; p. 528-537.

45. Cavagnaro A. Universidad Católica de Chile. [Online].; 2021. Available from: <https://medicina.uc.cl/publicacion/complicaciones-cronicas-diabetes-prevenir-aparicion-progresion/>.
46. Corrales H. Archivos de Medicina. [Online].; 2018. Available from: <https://n9.cl/p8e2o>.
47. Aguilera R. Enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus de tipo 2 en atención primaria. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular. 2020.
48. Reyes F. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo Científico Médico. 2016.
49. Clinic M. Diabetes de tipo 2. [Online].; 2021. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>.
50. American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes New York: Matthew C Riddle; 2021.
51. Hospital General Ciudad Real. Planes de cuidados. [Online].; 2021. Available from: <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/>.
52. Ecuador CdIRd. Decreto Legislativo. [Online].; 2020. Available from: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
53. Salud LOd. Lexis Finder. [Online].; 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
54. Secretaria Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025. [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/mw2mt>.
55. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. [Online].; 2017. Available from: <https://n9.cl/mrs4>.

56. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2015.
57. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. [Online].; 2021. Available from: <https://n9.cl/uta5>.
58. Hernández R. *Metodología de la Investigación México*: McGraw Hill; 2014.
59. Naranjo Y. La diabetes mellitus: un reto para la Salud Pública. *Revista Finlay*. 2016.
60. Pace A. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2016.
61. Drago V. Autocuidado: cuidando la vida. [Online].; 2021. Available from: <https://www.ucsc.cl/blogs-academicos/autocuidado-cuidando-la-vida/>.
62. Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2019.
63. Joven I. Universidad Zaragoza. [Online].; 2021. Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/85828/files/TAZ-TFG-2019-504.pdf>.
64. Espinoza M. Validación de escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en adolescentes chilenos. *Escola Anna Nery*. 2020.
65. Contreras A. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Sincelejo. Investigaciones Andina*. 2015;; p. 667-678.
66. Viriam L. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2016 Julio; 31(1 - 18).
67. INEC. *Proyección por edades/Provincias y nacional* Quito: Gobierno Nacional; 2020.

68. García et al J. Desarrollo agroindustrial ecuatoriano: Potencial territorial para la competitividad internacional Guayaquil: Universidad Agraria del Ecuador; 2017.
69. Ministerio de Educación del Ecuador. Ley Orgánica de Educación Intercultural Quito: Dirección Nacional de Normativa Jurídico Educativa del Ministerio de Educación; 2017.
70. Soler , Pérez , López. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2016;; p. 17-21.
71. Martínez A. Colección Manuales y guía Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2019.
72. Oliveira P. Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Enfermería Global. 2017.
73. Parada D. Autocuidado en usuarios diabéticos, en centros de salud urbanos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019.
74. Naranjo Y. Importancia del autocuidado en el adulto mayor con diabetes mellitus. Revista Finlay. 2016.
75. Senplades. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida Quito: Primera ed; 2017.
76. Soler Y. Conocimientos y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2016;; p. 244-252.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

PROYECTO “Capacidad de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de Diabéticos del Centro de Salud N°1 Ibarra 2021”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Katherine Ortiz, estudiante de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Técnica del Norte, me encuentro realizando una investigación con el tema: “Capacidad de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de Diabéticos del Centro de Salud N°1, Ibarra - 2021”. Por lo tanto, le solicito muy comedidamente a Usted, se digne contestar el siguiente cuestionario. Sus datos se mantendrán anónimos y sus respuestas serán de mucha utilidad, lo que me permitirá ejecutar la presente investigación. Su participación es libre y voluntaria. Si Usted está de acuerdo en participar en esta investigación le reitero mis sentimientos de consideración y gratitud.

Yo..... persona que pertenece al Club de Diabéticos del Centro de Salud N°1 Ibarra, acepto libre y voluntariamente responder el cuestionario entregado para que la información obtenida pueda ser utilizada en la investigación.

Firma.....

Anexo 2. Encuesta

ENCUESTA DIRIGIDA A INTEGRANTES DEL “CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD N°1 IBARRA”

TEMA: “Capacidad de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II según la teoría de Dorothea Orem en el club de Diabéticos del Centro de Salud N°1, Ibarra – 2021”.

La siguiente encuesta pretende recolectar información con el fin de saber cuál es la capacidad de autocuidado en pacientes con Diabetes tipo II. Sus respuestas son de mucha importancia. Favor de responder todas las preguntas planteadas. Cabe mencionar que esta encuesta es totalmente confidencial y voluntaria.

I. Datos de Identificación.

No. Encuesta.....

II. Características Sociodemográficas.

Conteste y marque con una X la respuesta que se le solicita en cada pregunta.

I. Datos de Identificación

1. **Edad:** _____ años cumplidos.

2. **Sexo:**

Femenino

Masculino

3. **Estado Civil:**

Soltero(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Unión libre

4. Ocupación:

Empleado Quehaceres domésticos Jubilado
Desempleado Otros

5. Nivel de Instrucción:

Ninguna Educación Básica Bachillerato Superior

III. Conocimiento sobre Diabetes Mellitus.

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados para valorar el conocimiento en Diabetes Mellitus. Por favor lea cada uno de ellos y marque la respuesta que usted crea correcta.

1. La insulina es:

- a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
- c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
- d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar [o glucosa] en ayunas son:

- a) 30-180.
- b) 70-110.
- c) 120-170.
- d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito ¿qué cree que le ocurre?

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa] en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por:

- a) Demasiada insulina.
- b) Demasiada comida.
- c) Demasiado ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones ¿qué cree que le ocurre?:

- a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
- b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
- c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hiperglucemia.
- d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por:

- a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
- c) Poco ejercicio.
- d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un paciente diabético?

- a) Tres: desayuno, almuerzo y cena.
- b) Cinco: desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y merienda.
- c) Comer siempre que tenga hambre.
- d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos puede comer, pero no debe abusar el paciente diabético?

- a) Carne y verduras.
- b) Refrescos y pasteles.
- c) Legumbres (alverjas, frejol).
- d) No sabe/no contesta.

9. Una dieta con alto contenido en fibra puede:

- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
- b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
- c) No satisfacer el apetito.
- d) No sabe/no contesta.

10. Una buena fuente de fibra es:

- a) Carne.
- b) Verdura.
- c) Yogurt.
- d) No sabe/ no contesta.

12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben:

- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
- b) Seguir bien la dieta.
- c) Inyectarse insulina.
- d) No sabe/no contesta.

13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso adecuado (no tener kilos de más)?

- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
- b) El peso apropiado favorece la estética (“la buena figura”).
- c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
- d) No sabe/no contesta.

14. La actividad física, caminata, bicicleta o gimnasia para usted:

- a) Está prohibida.
- b) Es beneficiosa.
- c) No tiene importancia.
- d) No sabe/no contesta.

15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?

- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
- b) Todos los días, de forma regular.
- c) Solo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
- d) No sabe/no contesta.

16. El ejercicio es importante en la diabetes porque:

- a) Fortalece la musculatura.
- b) Ayuda a mantener un peso adecuado.
- c) Disminuye el efecto de la insulina.
- d) No sabe/no contesta.

17. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:

- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
- b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.

- c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
- d) No sabe/no contesta.

19. Lo más importante en el control de la diabetes es:

- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
- b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
- c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
- d) No sabe/no contesta.

20. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando:

- a) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
- b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
- c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado alta.
- d) No sabe/no contesta.

21. ¿Qué es la Hemoglobina Glicosilada?

- a) Es un análisis de sangre que muestra los niveles de promedio de azúcar en la sangre de los últimos 3 meses.
- b) Un análisis de sangre realizado a diario por las personas con diabetes.
- c) Un análisis de sangre que mide el colesterol.
- d) No sabe/no contesta.

IV. Capacidad de Autocuidado para estimar el grado de capacidad y disposición de autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II.

Instrucciones: Las siguientes preguntas son acerca de sus actividades para el autocuidado de su diabetes. Por favor conteste honestamente y lo más preciso posible marcando con una X el enunciado que mejor lo describe a Usted.

Escala de apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (A.S.A)				
ITEM	RESPUESTAS			
	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				

3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme pido ayuda.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
7. Yo puedo buscar mejores actividades para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
9. Para mantenerme en un peso adecuado hago cambios en mis hábitos alimenticios.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
16. He sido capaz de cambiar costumbres que tenía muy arraigadas con tal de mejorar mi salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
23. Puedo sacar tiempo para mí.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 3. Fotografías



Anexo 4. Aprobación del Abstract



ABSTRACT

"Self-care capacity in patients with type II diabetes mellitus according to the theory of Dorothea Orem in the diabetic Club of the health Center N ° 1, Ibarra, 2021"

Author: Katherine Alexandra Ortiz Orbes

Email: ortizkatherine23@gmail.com

Type II Diabetes Mellitus is characterized by a progressive decline in health, unhealthy lifestyles, and a lack of self-care, all of which increase the risk of complications. Dorothea Orem created a nursing theory centered on self-care, which necessitates knowledge and action to maintain health. The study assessed the self-care capacity of patients with type 2 diabetes mellitus in the Diabetic Club of the Ibarra Health Center N ° 1 using Dorothea Orem's theory. The study applied a quantitative, descriptive, cross-sectional design, non-probabilistic sampling, two validated ECODI instruments and the Self-Care Agency Appreciation scale, and the SPSS statistical program for analysis. The predominant sex is female, the level of general knowledge in Diabetes Mellitus is medium, and medium-capacity was observed in the dimensions of functioning and personal development when it came to self-care capacity. Finally, understanding pathology is necessary for carrying out self-care activities that contribute to one's well-being while avoiding disease-related complications.

Key Words: Self-care, Type II Diabetes Mellitus, Dorothea Orem Theory

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez *Viteri*

Anexo 5. Reporte Urkund



Document Information

Analyzed document	TESIS KATHERINE ORTIZ FINAL corregido.docx (D118000584)
Submitted	2021-11-09 16:42:00
Submitted by	
Submitter email	kecatascango@utm.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	kecatascango.utmanalysis.urkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/864/TRABAJO%20DE%20GRADO%20AUTOCUIDADOS%20EN%20DIABETICOS%20TIPO%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetchid: 2021-11-09 16:53:00		1
W	URL: http://repositorio.uwerner.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2413/TESIS%20VINICENSA%20Audi%20-%20Cornelio%20Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetchid: 2021-11-09 16:53:00		1
SA	TESIS 2021 (2).docx Document TESIS 2021 (2).docx (D113685247)		12
W	URL: http://repositorio.unims.edu.ec/bitstream/123456789/45621/REVISION%20DE%20ANTIPLAGIO.pdf Fetchid: 2021-11-09 16:53:00		2
SA	TESIS JÉSSICA OCAÑA 2.docx Document TESIS JÉSSICA OCAÑA 2.docx (D14369816)		2
W	URL: https://cybertesis.unmam.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10292/Espinosa_r1.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetchid: 2021-11-09 16:53:00		1
SA	tesis Angelica Urkund.docx Document tesis Angelica Urkund.docx (D11323149)		1

Anexo 6. Plan de Cuidados Estandarizado



DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)
<p>00126. Conocimientos deficientes</p> <p>M/P Conocimiento insuficiente, comportamientos inapropiados.</p> <p>R/C Información insuficiente, insuficiente interés en el aprendizaje.</p>	<p>Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase S: Conocimiento sobre la salud</p> <p>1820. Conocimiento control de la diabetes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 182006. Hipoglucemia y síntomas relacionados. • 182002. Papel de la dieta en el control de la glucemia. • 182005. Papel del ejercicio en el control de la glucemia. 	<p>Dominio 03: Conductual.</p> <p>Clase S: Educación de los pacientes.</p> <p>5602. Enseñanza: Proceso de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Describir el proceso de la enfermedad. • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. • Describir el fundamento de las recomendaciones del control o tratamiento. • Instruir al paciente sobre las medidas de prevención de los efectos secundarios de la enfermedad. • Describir las posibles complicaciones crónicas de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADOS	INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)
<p>00182. Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>M/P Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado.</p>	<p>Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase Q: Conducta de salud</p> <p>1619. Autocontrol: Diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 161902. Busca información sobre métodos de prevenir complicaciones. • 161903. Realiza practicas preventivas para evitar complicaciones. • 161908. Participa en el programa educativo prescrito. 	<p>Dominio 03: Conductual.</p> <p>Clase O: Terapia conductual.</p> <p>4470. Ayuda en la modificación de sí mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. • Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta. • Favorecer que el paciente pase a confiar sobre todo en la autoafirmación en lugar de hacerlo en las recompensas de la familia o el cuidador. • Instruir al paciente en el uso de la restricción o limitación de señales: disminuyendo la frecuencia de las señales que inducen una conducta indeseada. • Animar al paciente a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa.