



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
2013 -2015**

**INFORME FINAL PARA OPTAR AL  
TITULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y AUTOEFICACIA  
PERCIBIDA DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS QUE  
ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL HOSPITAL ESCUELA DR  
ROBERTO CALDERÓN, MANAGUA, JUNIO 2015”.**

Autora:

**Ana Gabriela Gosebruch Argüello.**

**Lic. en Psicología**

Tutora:

**MSc. Rosario Hernández García.**

**Docente e Investigadora**

**MANAGUA, NICARAGUA 2015**

## INDICE

i.	Agradecimiento.....	1
ii.	Dedicatoria.....	2
iii.	Resumen.....	3
I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	ANTECEDENTES.....	5
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS.....	8
VI.	MARCO TEÓRICO.....	9
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
VIII.	RESULTADOS.....	34
IX.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
X.	CONCLUSIÓN.....	42
XI.	RECOMENDACIONES.....	43
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	44
	ANEXOS.....	46

## ***Agradecimiento***

A Dios por permitirme cumplir con éste reto profesional.

A mi tutora Rosario Hernández por el apoyo  
recibido en todo éste proceso de investigación.

A cada una de las personas involucradas en la investigación  
que permitieron que el estudio fuera posible.

A Juan Bautista Morales por su apoyo y compañía  
en ésta etapa de mi vida.

## ***Dedicatoria***

A mi padre y madre porque siempre han sido mi ejemplo  
A seguir; esto es suyo también.

A mi tío Luis Jaime quien me  
impulsó a continuar mis estudios académicos.

A mi mamá de León, Usted es ejemplo de amor,  
dedicación, esfuerzo, gracias por todo lo que me enseña.

Los quiero.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo general de relacionar la calidad de vida y la autoeficacia percibida de los y las pacientes con Diabetes en la ciudad de Managua, durante el mes de Junio del 2015. La muestra fueron los y las pacientes con el diagnóstico de Diabetes tipo 1 y tipo 2, mayores de 18 años que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, de Managua. Se encontró que la autoeficacia percibida por parte de los y las pacientes es alta, y a pesar que cuentan con la información y la red social de apoyo; existen conductas de riesgos reflejadas en los determinantes de la salud, lo que merma la calidad de vida de dichas personas. Se recomienda promover habilidades que fortalezcan la autoeficacia en la población de estudio teniendo como resultado la adopción de más hábitos saludables que garanticen una mejor calidad de vida.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico y funcional que obliga a modificar de manera permanente el estilo de vida de quien la padece. Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada a la enfermedad, la idea de verse forzados a realizar cambios, dejar de hacer actividades que solía disfrutar, adaptarse a posibles limitaciones y necesidades especiales, pagar por tratamientos costosos y percepción de rechazo social.

Es por ésta razón que la diabetes resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora, y que trae con sí un gran desafío adaptativo. Implica cambios físicos, psicológicos y socioambientales que determinarán la calidad de vida de la persona.

Dado esto, la autoeficacia percibida en pacientes con Diabetes mellitus, se vuelve un determinante importante para impulsar conductas de salud, evitando o retrasando incapacidades físicas y hasta la muerte prematura ocasionadas por malos hábitos.

Es por ello, que el presente estudio pretende relacionar la calidad de vida y la autoeficacia percibida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 que asisten al club de diabéticos, del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, considerando las características sociodemográficas, los determinantes de la salud que afectan directamente a las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 y el nivel de autoeficacia percibida de los mismos.

El presente informe de Tesis constituye un requisito para optar al título de Master en Salud Pública del Centro de Investigación y Estudios de la Salud, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, CIES-UNAN, Managua.

## II. ANTECEDENTES

Autoeficacia, Apoyo social y calidad de vida en Adolescentes con enfermedades crónicas. Avedaño, M.J. y Barra, E. (2008). Este estudio tuvo como objetivo examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la autoeficacia y el apoyo social percibido. Los participantes fueron 75 adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 18 años, con diagnóstico de diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal, pacientes del Hospital Regional de Concepción, Santiago, Chile. Se encontró que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, explicando un tercio de la varianza, mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes. En cuanto a variable género, la única diferencia significativa fue que los hombres informaron un mayor nivel de bienestar físico que las mujeres.

Relación entre la calidad de vida y la autoeficacia percibida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense. Morales-Parodi, J. y Gosebruch-Argüello, A. (2012). Este estudio tuvo como objetivo general relacionar la calidad de vida y la autoeficacia percibida de los y las pacientes con Diabetes en la ciudad de Managua, durante los meses de septiembre y octubre del 2012. La muestra fueron los y las pacientes con el diagnóstico de Diabetes tipo 1 y tipo 2, mayores de 15 años que se presentaron a consulta en el Hospital Alemán Nicaragüense, de Managua durante el periodo correspondiente. Se encontró que la autoeficacia percibida por parte de los y las pacientes es alta, sin embargo este valor no es congruente con las conductas de riesgo reflejadas en los determinantes de la salud, lo que merma la calidad de vida de dichas personas. Se recomienda promover habilidades que fortalezcan la autoeficacia en la población de estudio teniendo como resultado la adopción de más hábitos saludables que garanticen una mejor calidad de vida.

Este tipo de estudio no se ha realizado en este Hospital.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

En el mundo se registran más de 347 millones de personas con Diabetes, y más del 80% de muertes causadas por Diabetes, se registran en países de medios y bajos ingresos (OMS, 2012). La Diabetes equivale a una muerte cada siete segundos a nivel mundial. En el 2011, 4.6 millones de personas entre 20 y 79 años murieron de Diabetes, representando un 8.2% de la mortalidad mundial. En el 2007, 232, mil personas, murieron a causa de la diabetes en América Latina y el Caribe (PAHO, julio 2011).

Nicaragua, siendo un país en desarrollo, la morbilidad por diabetes aumenta. En el período 2005-2009, la Diabetes fue la tercera causa de muerte a nivel nacional, por enfermedad crónica. (MINSa, 2009).

Siendo también, las discapacidades ocasionadas por la Diabetes otra consecuencia de importancia para la sociedad. Cada 30 segundos en el mundo una persona pierde una extremidad, debido a la Diabetes, de las cuales alrededor del 85% de las causas pudieran haberse prevenido (OMS, 2012). Las complicaciones derivadas de la Diabetes afectan la vida productiva y reproductiva de las personas, lo que refleja un fuerte deterioro en la calidad de vida de quienes lo padecen.

Las citas de controles de los pacientes diabéticos no son mensual, debido a la saturación del sistema, es por ésta razón que el identificar el nivel de autoeficacia en las personas que padecen dicha enfermedad, y fomentar el desarrollo de habilidades autoeficaces, brinda la oportunidad que los y las pacientes minimicen las conductas de riesgo y adopten un estilo de vida más saludable, reduciendo las consecuencias de la misma.

Por medio, del presente estudio fue posible obtener información que permitió proponer recomendaciones y estrategias de intervención, para fomentar habilidades de autoeficacia, garantizando en ese grupo poblacional la práctica de un estilo de vida más saludable.



#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la autoeficacia percibida en las personas con diabetes Mellitus que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua Junio 2015?

Algunas interrogantes son:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de los y las pacientes diagnosticadas con Diabetes Mellitus que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón?
2. ¿Cuáles son los determinantes de la salud que influyen en conductas de riesgo de las personas diabéticas que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón?
3. ¿Qué autoeficacia perciben los y las pacientes con Diabetes que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Relacionar calidad de vida y autoeficacia percibida en las personas con Diabetes Mellitus que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, Managua junio 2015.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características socio demográficas de los y las pacientes entrevistados y entrevistadas que están diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.
2. Identificar determinantes de la salud que influyen en conductas de riesgo de las personas diabéticas que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.
3. Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los y las pacientes con Diabetes que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

## **VI. MARCO TEORICO**

### Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia secundaria a un defecto absoluto o relativo en la secreción de insulina, que va acompañada, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos como ojos, riñones, nervios, corazón y vasos.

La diabetes mellitus incrementa en la incidencia, prevalencia e importancia como una enfermedad crónica alrededor del mundo. La Federación Internacional de la Diabetes proyecta que para el año 2030 habrán 552 millones de personas con diabetes a escala global (Skyler, 2012). En Nicaragua, la diabetes gana terreno. Se estima que 10 de cada 100 nicaragüenses padecen esta enfermedad, que desde 2009 se posiciona como la segunda causa de muerte en adultos.

La diabetes es una enfermedad, en la que el cuerpo no produce insulina o no la utiliza adecuadamente. (American Diabetes Association, 2012). La diabetes mellitus se clasifica en tipo 1, tipo 2 y gestacional. En el presente estudio, se estudiarán a los sujetos que presenten Diabetes Mellitus tipo 1 y Tipo 2.

### Diabetes Mellitus tipo 1

La Diabetes Mellitus tipo 1 se desarrolla como resultado de “los efectos sinérgicos de los factores genéticos, ambientales e inmunitarios que terminan por destruir las células beta pancreáticas, encargadas de la producción de la insulina” (Harrison, 2008). Las características de la diabetes no se hacen evidentes hasta que se hayan destruido la mayoría de las células beta en un 80% (Harrison, 2008). Luego de un cuadro inicial de diabetes mellitus de tipo 1, puede haber una fase que puede ser denominada como “pre-diabetes” durante la cual es posible el control de la glucemia con dosis bajas de insulina o incluso, en raras ocasiones prescindiendo de esta. Esta fase breve de producción de insulina endógena por las células beta que

quedan desaparece cuando el proceso autoinmunitario termina por destruir las pocas que quedan y se sufre un déficit completo de insulina.

Las personas que padecen diabetes tipo 1, pueden llegar a experimentar Poliuria (volumen urinario excesivo), Polidipsia (comer en exceso), Polifagia (aumento anormal de sed), pérdida de peso y una progresiva cetosis, que puede acabar en cetoacidosis, si no se instaura tratamiento con insulina exógena.

## Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 “aparece por un problema en la forma en la que el cuerpo produce o utiliza la insulina. Puede haber una resistencia a la insulina o una producción insuficiente de ésta para su utilización en las células del cuerpo” (American Diabetes Association, 2012).

De manera que, “el páncreas produce insulina, pero el cuerpo no la utiliza adecuadamente (resistencia a la insulina) lo que no permite que la glucosa entre en las células y convertirla en energía, por lo que el páncreas intenta producir más insulina, lo cual lo debilita” (American Diabetes Association, 2012). Dejando como resultado, que las personas que padecen esta enfermedad presenten resistencia a la insulina y deficiencia en la producción de la misma. La glucosa tiene menos capacidad para ingresar a las células y cumplir con su misión de suministrar energía. Esto causa la elevación del nivel de azúcar y obliga al páncreas a producir aún más insulina. Eventualmente, el páncreas puede colapsar por el esfuerzo extraordinario de producir insulina extra. Entonces, el páncreas posiblemente ya no tendrá la capacidad para producir suficiente insulina y mantener los niveles de azúcar dentro de lo normal.

Los antecedentes familiares de diabetes con Diabetes Mellitus tipo 2, obesidad, inactividad física habitual, raza o etnicidad, IFG (trastorno de la glucosa en ayunas) o IGT (trastorno de la tolerancia a la glucosa), hipertensión, concentraciones altas de colesterol y triglicéridos, síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans y antecedentes de enfermedades vasculares, son factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2.

La obesidad, en especial la que es evidente por el índice cadera-cintura, es muy frecuente en esta forma de diabetes. La obesidad aumenta la resistencia a la insulina, desencadenando Diabetes Mellitus tipo 2. Las células adiposas, secretan algunos productos biológicos como ácidos grasos libres que modulan la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, y pueden contribuir a la resistencia de la insulina. En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la producción de insulina. A medida que avanzan la resistencia a la insulina, los islotes pancreáticos se vuelven incapaces de mantener esta producción. Se desarrolla un trastorno a la intolerancia a la glucosa, caracterizado por grandes elevaciones de la glucemia postprandial, (niveles de glucosa en la sangre luego de la ingesta de un alimento). Cuando declina todavía más la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, aparece la diabetes con hiperglucemia en ayunas y finalmente ocurre el fallo de las células beta.

Es por esta razón que en ocasiones las personas presentan, sed excesiva, aumento en la cantidad de orina, aumento de apetito; enfermedades cardiovasculares; cansancio, visión borrosa, náuseas, vómitos, entre otras; indicando así que los niveles de azúcar no se encuentran dentro de lo normal, (hiperglucemia, hipoglucemia); lo que pueden entenderse como los primeros síntomas de alarma para el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Para el control de la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, es necesario la administración de fármacos, dieta y ejercicio físico, con éste es posible el ingreso de los nutrientes a través de la membrana de los tejidos, sin necesidad de la presencia de la insulina.

El tratamiento para personas con diabetes mellitus tipo 1, es con insulina. El tratamiento exige mucha responsabilidad, disciplina, entrenamiento, educación y dedicación.

En el caso de la Diabetes tipo II, el tratamiento se deberá realizar bucalmente ya sea con: tiazolidinedionas, biguanidas, inhibidores de alfa-glucosidasas o

sulfonilureas en la mayoría de los casos, aunque en el caso de presentar falla secundaria a los mismos se deberá emplear la insulina.

El diabético tipo 1 y 2, deben acompañar el tratamiento farmacológico, con un plan de alimentación especial. Es importante que la alimentación más adecuada para las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 sea equilibrada, variada y responda a las necesidades calóricas, y tenga en cuenta las variaciones glucémicas con las ingestas y la relación con el tratamiento insulínico. Los alimentos que ingieran deben proporcionarles suficiente energía y nutrientes para garantizar un adecuado desarrollo. De cara a un mejor control metabólico y a la prevención de complicaciones, es muy importante que las personas con esta enfermedad conozcan y comprendan la estrecha relación existente entre alimentación y complicaciones.

En el caso de las personas con Diabetes tipo 2 los objetivos del tratamiento dietético en la diabetes incluyen el logro de un peso adecuado, con el mantenimiento de los niveles de glucosa lo más próximos al rango de normalidad, y la mejoría del perfil lipídico y de la presión arterial.

Lo ideal es que un nutricionista elabore un plan de alimentos individual. Es decir que la dieta se diseñe de acuerdo a las características, necesidades y gusto del diabético. Para facilitar la adherencia al plan de alimentación, el nutricionista debe tener en cuenta consideraciones culturales, étnicas y financieras.

La persona diagnosticada de diabetes debe tener cuidado no sólo en la cantidad de hidratos de carbono simples y complejos, sino también en la cantidad de proteínas y lípidos, ya que la diabetes no es una enfermedad del "azúcar en la sangre" solamente, este es sólo un síntoma, sino que es una enfermedad del metabolismo de todos los nutrientes, siendo la responsabilidad primordial la falta de insulina.

El paciente diabético tipo 1 y 2, debe aprender cuando, cuanto, de qué manera y con qué frecuencia consumir los alimentos. Se debe comer 5 veces al día (desayuno, merienda a media mañana, almuerzo, merienda en la tarde y cena). La

dieta debe ser alta en fibra, disminución de la sal, se debe respetar la cantidad estipulada para hidratos de carbono, proteínas y lípidos.

La actividad física constituye uno de los pilares para el control glucémico. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (OMS). La actividad física abarca el ejercicio, pero también actividades que involucren movimiento corporal y se realiza como parte de los momentos de juego, del trabajo, de forma de transporte activas, de las tareas domésticas y actividades recreativas.

Para obtener los mejores resultados se recomienda realizar ejercicio aeróbico (caminata, natación como los más recomendables) 20 a 50 minutos como máximo de manera rutinaria en la semana. Comenzar con una rutina la cual se vaya incrementando de manera paulatina sin llegar al agotamiento y que posteriormente se pueda realizar varios días a la semana. Se recomienda que el ejercicio se realice acompañado de otra persona, que se utilice calzado adecuado, que se inspecciones los pies antes y después de cada sesión de ejercicio y que se tomen líquidos durante y después de la actividad física.

A mayor frecuencia en la realización del ejercicio, mayores beneficios. Para mejorar el rendimiento físico se debe realizar entre 3 y 4 veces a la semana, si se busca una reducción en el peso de 5 a 6 veces por semana. Se debe tomar en consideración, la intensidad y duración del ejercicio, grado de control metabólico, tipo y dosis de insulina administradas antes del ejercicio, zonas de inyección y tiempo entre la administración de insulina y la última ingesta realizada.

Para diagnosticar la Diabetes tipo 1 y 2 se mide la cantidad de glucosa en la sangre (Glucemia). La cifra de glucosa en sangre se considera normal cuando es menor de 110 mg/dl. Cuando la glicemia en ayunas es mayor o igual a 126 mg/dl; cuando a las dos horas de la prueba de sobrecarga oral con 75 g de azúcar, es mayor o igual a 200 mg/dl, se podría decir que esa persona es diabética.

Para el control glucémico de las personas con diabetes tipo 1 y 2 se utiliza:

Glucosa en sangre.- se realiza con un glucómetro, tiras reactivas y muestra de sangre. Para ambos tipos de Diabetes la glucemia ideal se encuentra entre 80 y 140mg/dL. El paciente debe familiarizarse con la técnica que requiere el glucómetro que va utilizar y debe llevar un registro de cada una de las pruebas realizadas.

Glucosa en orina.- se realiza con tiras reactivas y muestra de orina. Para mayor precisión es indispensable conocer el umbral renal de cada paciente. Por lo general, con una glicemia por encima de 180 mg/dL se produce glucosuria (glucosa presente en la orina).

Hemoglobina glucosilada: se mide con una muestra de sangre en ayuno. Este análisis indica el promedio de glucosa en sangre en un período de 2 a 3 meses. Cuando existe hiperglucemia, la glucosa excedente se une al eritrocito el cual tiene una vida media de dos a tres meses.

Lípidos en sangre.- por lo general un paciente diabético presenta alteraciones en el metabolismo de los lípidos. Para diabéticos las cifras recomendables son las siguientes: Colesterol Total:<200mg/dL LBD:<130mg/dL LAD: < 35 mg/dL

Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2

Ésta enfermedad es degenerativa, aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, retinopatía (ceguera), neuropatía (lesiones nerviosas), nefropatía (daño renal), complicaciones en los pies, en la piel, en la dentadura, disfunción eréctil y presentar trastornos del Estado de Ánimo, afectando así, la calidad de vida de las personas que la padecen.

Hay una serie de paradojas en términos de complicaciones. La diabetes es la causa principal de nuevos casos de ceguera en adultos en edad de trabajar (20-74 años), sin embargo, el National Eye Institute estima que el 90% de las pérdidas de visión causada por retinopatía diabética se pueden prevenir (Skyler, 2012).

La nefropatía diabética es por mucho, la principal causa de insuficiencia renal, lo que representa el 44% de todos los nuevos casos, sin embargo, el Instituto Nacional de Diabetes, Digestivo y Enfermedades del Riñón estima que la mayoría de casos



de enfermedad renal terminal por diabetes son probablemente prevenibles (Skyler, 2012).

También, la diabetes Mellitus tipo 1, tipo 2 representa más del 60% de todas las amputaciones de las extremidades inferiores no traumáticas (Skyler, 2012). Con diabetes se establece un riesgo 15 a 40 veces mayores de amputación en comparación con la población no diabética, sin embargo, la American Diabetes Association y los Centros para el Control estiman que más del 85% de pérdida de las extremidades se pueden prevenir (Skyler, 2012).

La presencia de la diabetes tipo 1, 2 impone un riesgo de eventos coronarios igual a la población no diabética, pero las personas con diabetes tipo 1, 2 no son tan propensas a ser prescritas con medicación cardiovascular.

Por lo que, desarrollar complicaciones a partir de la diabetes mellitus tipo 1, 2, se puede prevenir y para eso es necesario evitar el sedentarismo (inactividad física), consumo de alcohol, bebidas azucaradas, consumo de tabaco, dietas con altos niveles de grasas saturadas, azúcares, obesidad; ya que todas estas conductas de riesgo más los factores como, edad, sexo, susceptibilidad genética y diabetes gestacional; pueden desencadenar DM 1, 2 en generaciones tempranas.

El hábito de fumar, es una conducta de riesgo para todas las personas; sin embargo al padecer Diabetes Mellitus tipo 1, 2, este hábito, aumente el riesgo de la aparición precoz de las complicaciones crónicas de la Diabetes, es decir, problemas neurológicos, como la pérdida de sensibilidad en extremidades; facilita el riesgo de complicaciones renales; disminuye la absorción de insulina y aumenta el nivel de la glucemia.

El consumo de alcohol, en una persona con Diabetes Mellitus tipo 1, y 2, puede producir hiperglucemia precoz y posterior hipoglucemia; problemas derivados de posibles vómitos en caso de sobredosis; se puede confundir una hipoglucemia con niveles altos de intoxicación.

El estrés es otro factor de riesgo para una persona con Diabetes Mellitus, porque Cuando estamos en un estado de estrés nuestras glándulas adrenales, localizadas

en la parte superior de los riñones, segregan una serie de hormonas, entre las cuales se encuentra una llamada cortisol. Una parte de nuestro sistema nervioso conocida como el sistema nervioso simpático segrega otras hormonas llamadas adrenalina y noradrenalina. A su vez el páncreas segrega una hormona llamada glucagón, que tiene unos efectos contrarios al de la insulina. Estas hormonas, en conjunto, tienen varios efectos, entre ellos aumentar los niveles de glucosa en la sangre. El cortisol, en particular, es una hormona que juega importantes papeles en nuestro cuerpo, entre ellas: funciones relacionadas con el metabolismo de las grasas, las proteínas y los carbohidratos; con la regulación de la presión sanguínea, la retención de agua y sales y la actividad del sistema inmunológico.

En situaciones de estrés nuestro cuerpo segrega una cantidad de cortisol mayor de lo normal, con el propósito de producir energía a partir de las grasas y las proteínas, para así, aumentar la cantidad de ésta disponible. Éste es un mecanismo que tiene nuestro cuerpo para enfrentar una emergencia. Ahora bien, los seres humanos tenemos la capacidad de disparar este mecanismo no solamente en casos de emergencia, en los que nuestra vida esté en peligro. Problemas económicos, disgustos repetidos, enfermedades en la familia; estas y otras cosas, pueden disparar el mecanismo del estrés. Más aún, ni siquiera tiene que ser una situación actual, el mero recuerdo o pensar acerca los problemas y situaciones difíciles por las que hemos pasado, pueden disparar este mecanismo.

El mecanismo del estrés prolongado se torna dañino a nuestro organismo. El esfuerzo constante de movilizar la energía disponible nos deja cansados, sin energía de reserva y aumenta el riesgo de contraer diabetes para los que aún no la padecen y agravar la condición de los que la padecen.

Esto se debe a que la activación crónica del sistema cardiovascular hace que nuestra presión sanguínea aumente. Uno de los efectos del cortisol es que inhibe la secreción de insulina, disminuye la capacidad de la insulina para transportar la glucosa hacia las células, además de hacer que las células se vuelvan más resistentes a ésta. De modo que si estamos en un estrés continuo o prolongado, comenzaremos a ver un incremento en los niveles de glucosa en la sangre. El

cortisol, además, ejerce sus efectos sobre las células de grasa a través del cuerpo, haciéndolas resistentes a la acción de la insulina. La insulina, además de su ya conocido rol en la entrada de glucosa a las células, ejerce una notable influencia sobre el almacenaje de las grasas. Las células de grasa, al hacerse resistentes a la insulina, comienzan a segregar hormonas que le envían señales a otras células del cuerpo para que también se vuelvan resistentes a la acción de la insulina. El resultado es un notable aumento, no sólo de la glucosa en la sangre sino también de grasas, que comienzan a dañar los vasos sanguíneos.

El estrés también hace que nuestro cuerpo pierda nutrientes. Cuando a causa del estrés suben los niveles de glucosa en la sangre, nuestro cuerpo pone en marcha una serie de mecanismos con el propósito de disminuir éstos. Uno de éstos es la poliuria (cantidad excesiva de orina para eliminar el exceso de glucosa). En este proceso de eliminar líquido del cuerpo, se eliminan también una serie de vitaminas solubles en agua, como la C y las del complejo B. Muchas de estas vitaminas cumplen un importante papel en el control de la glucosa y en la resistencia al estrés, de modo que su eliminación agrava el problema.

Otra conducta de riesgo para una persona con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, es el sedentarismo. La ingesta de comida rápida y excesos de azúcar y el estilo de vida inactivo físicamente incrementa el riesgo de mortalidad y duplica las posibilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, y obesidad; además afecta las cualidades físicas básicas humanas como la resistencia cardiorespiratoria, resistencia muscular, fuerza, flexibilidad y velocidad; y las cualidades motrices, como, la coordinación, el equilibrio y la agilidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010).

La razón de que el sedentarismo representa ser una conducta de riesgo para las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, es porque los músculos del cuerpo almacenan la glucosa, ayudados por una hormona llamada Insulina y por un par de proteínas llamadas Glut1 y Glut4. Los músculos al no gastar la glucosa, se saturan y las nombradas proteínas que aumentan con el ejercicio físico, no lo hacen (Gainza, 2005).

Otro factor de riesgo, es la situación económica en la que Nicaragua se encuentra. El salario Mínimo es de 4,235.88 córdobas (Ministerio del trabajo, 2015) y el precio de la canasta básica es de 12,184 córdobas mensuales (INIDE, MARZO 2015); lo que significa que la canasta básica está 3.25 veces superior del salario mínimo.

Dentro de la canasta básica se contemplan, alimentos básicos (arroz, frijoles, azúcar, aceite); carnes, lácteos y huevos; cereales, (pan y tortilla), verduras, frutas, gastos del hogar, vestuario; como se observa en la lista no se incluye la educación, ocio, acceso a servicios de salud, lo que merma en la calidad de vida de las personas que padecen enfermedad crónica, debido a los cuidados necesarios para el control de la misma (alimentación especial, medicina, exámenes médicos). Es por ésta razón que es tomado en cuenta como factor de riesgo.

Jiménez (2002), declara como el diagnóstico de la diabetes y su pérdida de potencial de integridad física y psicológica, afecta el estado de ánimo y desencadena una serie de mecanismos para protegerse de la angustia, explicando las fases de adaptación a la diabetes:

El proceso de adaptación a la enfermedad se produce a través de diferentes fases. Se inicia por la negación de la enfermedad, se pasa a la rebeldía o ira donde a menudo se asocia la búsqueda de un culpable externo. Luego se llega a la negociación tanto con el personal sanitario como con la persona misma. El siguiente paso es la depresión dado que se piensa en el futuro y abruma la cantidad de cosas que hay que hacer y aprender acerca la enfermedad y la vida en general. Se finaliza con la adaptación donde la persona con diabetes y la familia se dan cuenta que se puede seguir viviendo con la limitación y disponer de una buena calidad de vida. (Jiménez, 2002).

Es por ésta razón la importancia de entender el significado de salud y los determinantes de la misma.

La salud es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente como ausencia de enfermedad o discapacidad (OMS, 1984). Dicha definición implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén

cubiertas, es decir, las necesidades afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Se entiende que la salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura (en muchas ocasiones puede ser prevenida) y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, difícilmente las personas alcanzan dicho nivel, de acuerdo a la definición estipulada por la Organización Mundial de la Salud. (Pardo, 1997).

Es por ello, la dificultad de definir realmente una población sana; para lograrlo es necesario conocer y analizar los determinantes de la salud.

Los determinantes de la salud, son todos aquellos factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS, 1998).

En un país en vía de desarrollo, como lo es Nicaragua, se interpretaría como salud, cuando su población logre satisfacer las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, tratamiento a infecciones y enfermedades; disminución de la obesidad en la población, implementación de hábito de ejercicio físico, prevenir el abuso de sustancias, tabaquismo, los trastornos del estado de ánimo, la contaminación, la violencia en general.

Los determinantes de la salud se agrupan en 4 categorías (Lalonde, 1974):

- Biológicos:

-Genética

-Ciclo de Vida, entendiéndose como la concepción; el nacimiento; el crecimiento; el desarrollo; la maduración; el envejecimiento y la muerte.

-Ritmos biológicos:

- Ultradiano (liberación de hormonas, ritmo cardíaco, ventilación pulmonar, termorregulación, dilatación de las narinas, y el apetito).

- Infradiano (ritmo, cuya frecuencia es mayor a 28 horas, es decir el evento ocurre menos de una vez al día).
- Circadiano (constituye el reloj biológico humano, que regula las funciones fisiológicas del organismo, para que sigan un ciclo regular, que se repiten cada 24 horas y que coincide con los estados de sueños y vigilia).
- Estilo de vida: Comprende un conjunto de decisiones que la propia persona toma respecto a su modo de vivir, expresados como hábitos y conductas condicionadas por el entorno y la sociedad.

- Alimentación

- Actividad Física

- Manejo del exceso de estrés

- Consumo de tabaco, alcohol y medicamentos

- Relaciones afectivas y hábitos de interrelación humana

- Proyecto de vida

- Drogas, conducción peligrosa, alternancia del tiempo de trabajo, ocio y sueño, conducta general frente a la vida.

- Ambiental: Comprende grupo de factores externos al propio individuo.

-Biológicos (Bacterias, virus, hongos)

-Físicos (temperatura, radiaciones, humos, desechos)

-Químicos (hidrocarburos, plomo, arsénico, pesticidas plásticos)

-Psicosociales y socioculturales (dependencias, violencia, estresores, competitividad)

- Sistema de Asistencia Sanitaria: Involucra las prestaciones de salud:

-Calidad

-Cobertura

-Accesibilidad

Partiendo de los determinantes anteriormente planteados, se entiende como requisitos de la salud; la paz, el vestido, la educación, el alimento, la vivienda, ingreso económico, un ambiente estable, justicia social y equidad (Carta Ottawa, 1986).

Es por ésta razón, que la promoción de la salud establece que se debe capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren; para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, el individuo o el grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él (Promoción de la salud, carta Ottawa, 1986); de modo que la enfermedad se entiende como la resistencia al cambio. Entonces, la salud se debe contemplar como un recurso para la vida, no como el objetivo de la vida.

La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.

Entendiendo, los estilos de vida, como la forma general de vivir, basándose en la interacción entre las condiciones de la vida y las pautas individuales de conducta, determinada por factores socioculturales y características personales.

El diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora. Por ello, es necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, el que tendrá como uno de sus resultados una determinada calidad de vida siendo factores importantes para este resultado el curso del tratamiento, la limitación funcional, el estrés psicosocial asociado con la enfermedad, las características personales y el entorno socio familiar (Avendaño, 2008).

## Modelo de Autoeficacia

Es debido a esto, que es necesario con las personas que padecen una enfermedad crónica, como es el caso del estudio, pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, enseñar habilidades de autorregulación, que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables; es decir enseñar habilidades que fomenten la autoeficacia, y no enseñar solamente lo que deben o necesitan hacer para llevar una vida saludable, porque es a partir de la autoeficacia que realmente se modificará la conducta y se optarán conductas más saludables.

En cierta medida, la percepción controla lo que le sucede y lo que hacen las personas. Es como un sentimiento central en sus vidas. En muchos casos, el nivel de motivación, los estados afectivos y las conductas personales se basan más en lo que el sujeto piensa sobre las situaciones que en la realidad objetiva.

Uno de los constructos motivacionales relacionados con la percepción de control es el de expectativa personal, concepto con un profundo arraigo en la investigación psicológica. Diferentes perspectivas apoyan la idea de que la expectativa puede influir en la puesta en marcha y la dirección de una conducta y en la persistencia y los esfuerzos necesarios para tener éxito en múltiples ámbitos (Torres, 2012). Un tipo de expectativa personal relevante para la motivación es la expectativa de eficacia, también denominada autoeficacia percibida, percepción de eficacia, sentimiento de eficacia, autoeficacia o eficacia (Torres, 2012).

Para Bandura (1986), la autoeficacia en un campo concreto implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos. En ciertas ocasiones, esos objetivos se consiguen después de un esfuerzo perseverante en el que se ensayan estrategias y actividades alternativas. Cuando esto ocurre, los sujetos inseguros abandonan rápidamente si los esfuerzos iniciales que han puesto en marcha no obtienen los resultados esperados (Bandura, 1986)



Existen cuatro rasgos fundamentales de la concepción de la actuación humana en los que se subraya el carácter de “agente” de la persona. Esos rasgos son la intencionalidad, la premeditación, la autorreacción y la autorreflexión (Torres, 2012). La intencionalidad subraya que las acciones suelen realizarse con algún propósito e integrarse en planes de acción. La premeditación contempla que estos planes se anticipan a posibles eventos futuros representados cognitivamente por el sujeto. La autorreacción contempla el curso que va tomando la conducta, que se activa una vez comparada la situación real con el plan diseñado llevando a la autoreflexión que es la capacidad meta cognitiva para examinar el funcionamiento personal y para reflexionar sobre uno mismo y sobre la adecuación del propio pensamiento.

En el marco de la teoría cognitiva social, la autoeficacia se define como “aquellos pensamientos de una persona referidos a su capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para conseguir determinados logros” (Bandura 1997). Según Bandura, los eventos sobre los que se ejerce esta influencia son muy variados, pueden aplicarse a procesos de pensamiento, a estados afectivos, a la puesta en marcha de acciones, al cambio de las condiciones ambientales o a la autorregulación de la motivación.

La autoeficacia abordada por Bandura, 1977, en la teoría social-cognitiva plantea que la motivación y la acción humana están reguladas por las creencias de control que implica tres expectativas:

- Expectativa de situación-resultado; en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientes de la acción personal.
- Expectativas de acción-resultado; en las que el resultado sigue o es consecuencia de la acción personal.
- Expectativa autoeficacia percibida; referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.

De estos tipos de expectativas, las que desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, la eliminación de conductas nocivas y en el

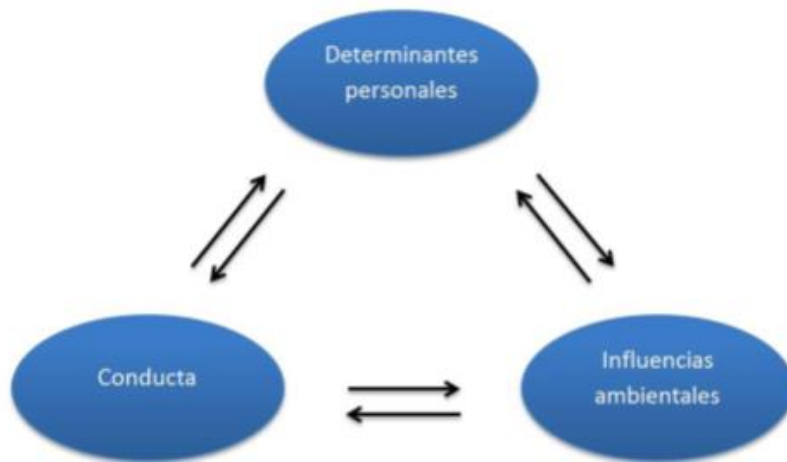
mantenimiento de dichos cambios son, las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. Las expectativas de autoeficacia influyen sobre la intención de modificar la conducta de riesgo, pero fundamentalmente sobre la cantidad de esfuerzo invertido para lograr la meta propuesta y persistir en la conducta adoptada, a pesar de las barreras que podrían debilitar la motivación.

De manera que, la autoeficacia son todas aquellas “creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar, las posibles situaciones”, (Bandura 1977); es decir, la autoeficacia son todas aquellas autoevaluaciones que realiza el individuo, sobre lo que se cree capaz de hacer.

Baessler & Schwarner (1996) plantean que la autoeficacia constituye la percepción del control personal sobre la acción. Es así como una persona que cree ser capaz para realizarse puede dirigir el curso de vida de forma activa y autónoma, de esta manera la autoeficacia percibida debe entenderse como un sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida.

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de autoeficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

El modelo de Autoeficacia se describe por medio de tres componentes, determinantes personales, entendiéndose como las cogniciones, emociones y factores biológicos; la conducta y como tercer componente, influencias ambientales.



(Esquematación de la tríada, describe el comportamiento, teoría cognitivo-social, Bandura 1994).

Dentro del componente determinantes personales, se explica que los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y procesos de pensamiento, lo que deja como resultado la existencia de autosistemas; lo que le permite a las personas ejercer cierto control sobre el medio ambiente y sus creencias, factores que a su vez alteran las conducta subsecuentes. En este subsistema se incluyen las habilidades de simbolizar, aprender de otros, planificar estrategias alternativas, regular la propia conducta y la autoreflexión (Bandura, 1977).

Es decir, la conducta humana es el resultado de la interacción entre ese autosistema y las fuentes de influencias externas y medioambientales. Es por esta interacción que el ser humano, desarrolla la capacidad de autoreferencia del pensamiento, que le permite a las personas evaluar y alterar su propio pensamiento y por ende la conducta (Bandura 1977). Y es aquí, en éste proceso, que se incluyen las percepciones de autoeficacia.

El proceso de autoeficacia, funciona, porque primero las personas se comprometen con una conducta, luego interpreta los resultados de esa conducta o acciones y es a partir de esos resultados, es que se desarrolla la creencia de que si son capaces o no de llevar a cabo conductas subsecuentes en contextos similares.

Es decir, que para lograr cambios y adoptar un estilo más saludable de vida, las personas necesitan reconocer las razones para alterar sus hábitos riesgosos, los significados de sus conductas, sus recursos y de apoyo sociales. (Bandura 1977).

Bandura, concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional.

El modelo de autoeficacia considera cuatro variables con el objetivo de alterar los tres componentes determinantes, mencionados anteriormente. Dichas variables son; información, desarrollo de habilidades sociales y autorregulación, mejoramiento de habilidades sociales y construcción de una sólida autoeficacia y apoyo social para el cambio (Bandura, 1977).

La variable información, pretende hacer conscientes a las personas de lo vulnerables que son ante determinada enfermedad, en éste caso Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, su desarrollo, características, complicaciones y tratamiento. También, intenta informar a las personas sobre todas aquellas conductas que representan un riesgo para la salud y cuales no, como desarrollar comportamientos seguros, los beneficios de regular su conducta para llevar una vida sana.

En cuanto, al desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación, es la variable que permite transformar la información en conductas o acciones de prevención efectivas. Es aquí, donde las personas deben identificar las situaciones de riesgo, para así, saber que hacer durante tal episodio, y como evitar dichas situaciones.

La autorregulación requiere de habilidades de automonitoreo que le permitan a las personas reconocer cuando deben poner en práctica su sistema autorregulatorio, lo que promueve respuestas de conductas saludables, por medio de comportamientos autodirigidos; lo que a su vez tiene que ver con las habilidades de manejo de la automotivación, autocreencias y las autoguías (formas de actuar), lo que lo convierte en un modelo indispensable para la psicología de la salud (Bandura, 1977).

El mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia, pretende que el individuo pueda ensayar y mejorar las habilidades

autorregulatorias y sociales para enfrentar de una manera efectiva una situación de riesgo real, que conllevan con el desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia.

La última variable, creación de una red de apoyo social, ésta debe asegurar el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas, para permanecer sano (Bandura 1977).

La autoeficacia influye en los pensamientos autoestimulantes o autodesvalorizante (optimismo, pesimismo) y a su vez en el compromiso de lograr o mantener las metas.

Es por ésta razón, que una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito; facilita el procesamiento de la información y la toma de conciencia; eligen desafíos, metas más altas e invierten más esfuerzo y son más resistente ante las complicaciones; por lo que mantienen mayor compromiso con sus metas; el estrés, la ansiedad, la percepción de amenaza se reducen; y logran adecuadamente planificar el curso de acción y anticipación de buenos resultados.

Una baja autoeficacia percibida se relaciona con mayor sentimiento de estrés, ansiedad y percepción de amenaza; trastornos del estado de ánimo; con pesimismo; por lo que no logran adoptar un estilo de vida más saludable.

Las percepciones de riesgo incluyen las propias percepciones de vulnerabilidad y la gravedad percibida de un evento crítico o una enfermedad, como la diabetes. En ocasiones estas percepciones de riesgo están distorsionadas y reflejan un sesgo optimista que conduce a subestimar el riesgo objetivo. (Klein, 2012)

El sesgo optimista es más propensa a surgir en situaciones que son controlables y para la cual existen estereotipos de las personas que viven con esa realidad (Klein, 2012). Este sesgo es más probable que ocurra cuando las personas pacientes se comparan con otras personas como un amigo o un pariente que no padece de la enfermedad. Parte del sesgo optimista se atribuye a factores cognitivos (Klein, 2012). Al comparar el riesgo que se corre con los demás, existe una tendencia al egocentrismo en que, se centran más en sus propios riesgos, que en las de los

demás con los cuales se compara y esto conduce a ser extremadamente pesimista acerca eventos positivos que raramente se dan o eventos negativos que se dan comúnmente(Klein, 2012).

Bandura (1997), propone su modelo de autoeficacia, como una solución para prevenir enfermedades y reducir el riesgo de padecer complicaciones, por lo que, al incorporarlo a nuestro estilo de vida, contribuye en la adquisición de hábitos saludables, por ende una mejor calidad de vida.

#### Calidad de vida

Una enfermedad crónica es una condición de salud de duración extendida en el tiempo, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos periodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento (Avendaño, 2008).

La calidad de vida puede definirse como la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación que hace el individuo de diversos dominios o áreas de su vida (Avendaño, 2008). Se trata de un constructo multidimensional, que incorpora aspectos tales como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

En el año 2012, en el hospital Alemán Nicaragüense se encontró que la mayoría de las personas entrevistadas eran de sexo femenino; con una media de 38 años; proceden de la zona urbana; el nivel educativo alcanzado es secundaria; no trabajan; dependen económicamente de sus familiares; y el ingreso mensual económico es de 3000 a 6000 córdobas.

Los determinantes de la salud que influyeron en las conductas de riesgo de los pacientes examinados, son, Determinante Biológico y causal genético, dado que la mayoría de ellos presentan antecedentes familiares de diabetes; determinante estilo de vida, dado por el índice de masa corporal inadecuado, ubicado en el rango de

sobrepeso, alta glicemia en ayuna, con un promedio de 203 mg/dl, la dificultad para obtener la medicina y pobre control de impulsos alimenticio.

No hay congruencia entre la autoeficacia percibida de parte de los pacientes, con respecto a la comparación de los resultados obtenidos en el instrumento de recolección de datos, en lo que respecta a glicemia, índice de masa corporal, el pobre control de impulso alimenticio.

Se encontró que la autoeficacia percibida por parte de los pacientes es alta, sin embargo éste valor no es congruente con las conductas de riesgo reflejadas en los determinantes de la salud correspondiente al estilo de vida, tales como, índice de masa corporal inadecuado, alta glicemia en ayuna, la situación de desempleo, la dependencia económica, el ingreso económico familiar por debajo del precio de la canasta básica, la educación secundaria alcanzada, la dificultad para seguir con el plan nutricional; lo que merma la calidad de vida de dichas personas.

Esta incongruencia obtenida se explica por medio del sesgo optimista (Bandura, 1997), ya que conduce a las personas a subestimar el riesgo real; por lo que la autoeficacia percibida de los participante es un constructo desde lo ideal y no desde lo real.

## **VII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **a. Tipo de Estudio**

El estudio es descriptivo de corte transversal.

### **b. Área del Estudio**

El estudio se realizó en el área del Municipio de Managua, en el club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

### **c. Población de estudio**

Todas las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 presentes en el club de diabéticos, del Hospital durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión, formaron parte de la población de estudio.

### **d. Muestra**

El tipo de muestreo, utilizado fue de carácter no probabilístico, consecutivo, continuo. El tamaño de la muestra, 30 individuos seleccionados aleatoriamente.

### **e. Criterios de Inclusión y Exclusión**

Criterios de Inclusión

- Las personas mayores de 18 años de edad diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 que asisten al club de diabéticos
- Las personas mayores de 18 años de edad diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 1 y 2, que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón y que desearán participar.

Criterios de Exclusión

- Las personas menores de 18 años de edad diagnosticadas con Diabetes Mellitus, tipo 1 y tipo 2.



- Las personas mayores de 18 años de edad diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 1 o 2 que asistieron pero no desearon participar de forma voluntaria.

#### **f. Unidad de Análisis**

La unidad de análisis del estudio fueron 30 personas mayores de 18 años diagnosticadas con Diabetes mellitus tipo 1 y 2, que asistieron a las sesiones del club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, en el periodo de recolección de la información.

#### **g. Fuentes y obtención de datos**

##### **Primaria**

Las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, y sus fichas personales de anotaciones del club.

##### **Técnicas e instrumentos**

Los tres instrumentos, se crearon a partir de las variables del estudio, dando respuesta a los objetivos planteados.

Por medio de la entrevista, se obtuvo información cualitativa que dio respuestas a la variable autoeficacia y determinantes de la salud. La escala de autoeficacia percibida en pacientes diabéticos, se diseñó utilizando la guía para la creación de escala de autoeficacia y mide cualitativamente la autoeficacia en los pacientes, los ítems de dicha escala retoman las subvariables de la autoeficacia. Esta escala fue utilizada en el estudio Relación entre la calidad de vida y la autoeficacia percibida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense, en el año 2012; habiendo sido aceptada y validada es utilizada en el presente estudio, para poder hacer comparaciones en grupos similares.

La ficha de recolección de datos, recogió información sobre los determinantes de la salud, y que verificará la veracidad de la información recolectada en los otros dos instrumentos utilizados.

#### **h. Procesamiento de datos**

La información fue obtenida a través de instrumentos de recolección de datos, se ingresó en el paquete estadístico SPSS 22 en el cual se crearon las respectivas bases de datos. Después de haber limpiado los datos, se procedió a realizar las diferentes distribuciones de frecuencias, obteniendo las tablas respectivas.

#### **i. Recolección de datos**

En un primer momento se les entregó el formato de entrevista estructurada, semiabierto; luego se les aplicó la escala de autoeficacia percibida; y por último se les pasó la ficha de control, en la que se recogió información acerca de los determinantes de la salud.

#### **j. Aspectos éticos**

Se estableció coordinación con las áreas de dirección del Hospital, y el club de diabéticos para informales del tipo de estudio a realizar, pedir su consentimiento para la realización de entrevistas, fichas de control y escalas, como de la participación voluntaria.

Se acordó mantener la confidencialidad de los hallazgos encontrados; así como proteger el anonimato de las personas participantes en el estudio; y por último se devolverán los resultados al Hospital.

Se utilizó formato de consentimiento informado.

#### **k. Trabajo de Campo:**

Para proceder a realizar la investigación en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, se entabló coordinación con el SILLAIS Managua, al obtener la autorización, se le entregó al Hospital dicho permiso y se procedió con la presentación al club de diabéticos

El club de diabéticos se reúnen todos los jueves, y están convocados desde las 8 de la mañana (hora de inicio del taller), hasta las 10.

Se visitaron tres jueves, el primer jueves, se le explicó al grupo y las personas encargadas del club de diabéticos los objetivos del estudio y la relevancia de su participación. Posteriormente, se procedió a la utilización de los instrumentos. En primer lugar se realizó la entrevista estructurada; luego la escala de autoeficacia percibida para pacientes diabéticos, tipo 1, tipo 2 y para concluir se procedió con la ficha de recolección de datos.

## VIII. RESULTADOS

### Objetivo Específico 1:

Conocer las características socio demográficas de los y las pacientes entrevistados y entrevistadas que están diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

Con respecto al sexo, predominó, 21 mujeres con el 70% de los entrevistados y 9 hombres fueron el 30% de los entrevistados. Ver Anexo 4 Gráfico 1.

Con respecto a las edades de los participantes, 4 (13.3%) tienen entre de 40 a 50 años; 20 (66.7%) tienen entre 50 a 60 años y 6 (20%) tienen entre 60 a 75 años. Ver anexo 4, Tabla 1.

Con respecto a la escolaridad de las personas entrevistadas, 11 (36.7%) poseen una educación secundaria; 10 (33.3%) posee una educación primaria; 5 (16.7%) no estudió y 4 (13.30%) poseen educación superior. Ver Anexo 4, Gráfica 2.

Con respecto a la procedencia de las personas diabéticas entrevistadas, 29 (97%) proceden de la zona urbana y 1 (3%) procede de la zona rural. Ver Anexo 4, Gráfica 3.

En relación al trabajo, 18 (60%) de los entrevistados refieren no trabajar; y 12 (40%) de los entrevistados refieren sí trabajar. Ver Anexo 4, Gráfico 4.

En relación a las 12 (40%) personas con diabetes entrevistadas, que si trabajan, predomina 5 (16.70%) con la costura, 3 (10%) vendedor; 2 (6.70%) predicador, y 1 (3.30%) tanto para educador, como para cocina. Ver Anexo 4, Gráfica 5.

En relación a si dependen de otros para vivir, 22 (73.30%) sí dependen, y 8 (26.70%) no depende económicamente de otros para vivir. Ver Anexo 4, Gráfica 6.

Se encontró que 26 (86.7%) de los entrevistados tienen un ingreso económico familiar mensual de C\$ 3,000 a C\$ 6,000 córdobas; 2 (6.7%) personas tienen un ingreso menor de C\$ 3,000 córdobas; 1 (3.3%) tiene un ingreso de C\$ 6,000 a C\$ 10,000, y 1 (3.3%) mayor a C\$ 10,000 córdobas. Ver Anexo 4, Gráfica 7.

## **Objetivo Específico 2:**

Identificar los determinantes de la salud que influyen en conductas de riesgo de las personas diabéticas que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

29 (96.70%) de los entrevistados, presentan diabetes mellitus tipo 2; y 1 (3.30%) padece diabetes mellitus tipo 1. Ver Anexo 4, Gráfica 8.

En relación a los antecedentes familiares de las personas diabéticas entrevistadas, se encontró que 23 (76.70%) si tiene antecedentes familiares con diabetes; 5 (16.70%) no tiene antecedentes familiares con diabetes y 2 (6.70%) no sabe si tiene o no antecedentes familiares con diabetes. Ver Anexo 4, Gráfica 9.

Con respecto al tiempo del diagnóstico, 23 (76.70%) de las personas tiene más de 5 años de ser diagnosticadas; 6 (20%) de los entrevistados tiene entre 1 y 5 años de haber sido diagnosticadas; y 1 (3.30%) persona tiene menos de 1 año de haber sido diagnosticada. Ver Anexo 4, Gráfica 10.

Con respecto al índice de masa corporal de las personas diabéticas entrevistadas, se encontró que 13 (43.30%) presenta sobrepeso; 9 (30%) personas presenta obesidad leve; 7 (23.30%) personas presentan peso ideal, y 1 (3.30%) presenta obesidad mórbida. Ver Anexo 4, Gráfica 11.

El 100% de los entrevistados reciben tratamiento para su condición; de los cuales 16 (53.30%) utiliza insulina, 12 (40%) toma metformina (DM2), y 2 (6.70%) utiliza metformina e insulina. Ver Anexo 4 Gráfica 12.

En relación al lugar donde obtiene su medicación, 18 (60%) personas la consigue por medio del centro de salud; 4 (13.30%) personas consigue su medicación en el club de diabéticos y otras 4 (13.30%) la consigue por medio del hospital y el club de diabéticos; 3 (10%) la consigue por medio del centro de salud y la farmacia y 1 (3.30%) persona la consigue en la farmacia. Ver Anexo 4, Gráfica 13.

En relación a la dificultad para obtener su medicina, se encontró que 26 (86.7%) personas no tienen dificultad, y 4 (13.30%) personas si tienen dificultad. Ver Anexo 4, Gráfica 14.

En relación al consumo de tabaco, 29 (96.70%) personas no fuman desde su diagnóstico, y 1 (3.3%) persona si fuma desde el diagnóstico. Ver Anexo 4, Gráfica 15.

En relación con el consumo de alcohol, se encontró que 27 (90%) personas no consumen alcohol; y 3 (10%) personas sí consumen alcohol. Ver Anexo 4, Gráfica 16.

Se encontró que 25 (83.30%) personas si siguen el plan nutricional adecuado para su condición; y 5 (16.70%) de las personas no siguen un plan de nutrición adecuado para su condición. Ver Anexo 4, Gráfica 17.

En relación a la actividad física, 19 (63.30%) personas realizan actividad física, y 11 (36.70%) personas son sedentarias. Ver Anexo 4, Gráfica 18.

En relación a si visitan regularmente el centro de atención que les corresponde, 29 (96.7%) personas respondieron que sí, y 1 (3.30%) respondió que no. Ver Anexo 4, Gráfica 19.

Se encontró que 27 (90%) personas entrevistadas no se sienten excluidas socialmente, y 3 (10%) personas si sienten excluidas socialmente. Ver Anexo 4, Gráfica 20.

Se encontró que 30 (100%) personas aceptan su condición de diabetes.

### **Objetivo Específico 3:**

Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los y las pacientes con Diabetes que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

Se encontró que 28 (93.30%) personas se perciben con alta autoeficacia; y 2 (6.70%) personas se perciben con una moderada autoeficacia.

## **IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Con respecto al objetivo no. 1

21 de las personas entrevistadas eran mujeres, y de estas personas el 20 son diabéticas tipo 2; y 1 presenta diabetes tipo 1. Ver Anexo 4, Gráfica 22. Se encontró que 29 de las personas entrevistadas proceden de la zona urbana. Con respecto a las edades de los participantes, 20 personas tienen entre 50 a 60 años. En cuanto a la escolaridad de las personas entrevistadas, 11 poseen una educación secundaria. Estos datos se asemejan a lo encontrado en la investigación realizada en el Hospital Alemán Nicaragüense en el 2012.

Con respecto a la ocupación, 18 de los entrevistados no trabaja; siendo 12 que si trabaja. De las personas que si trabaja, predominan 5 con la costura; 3 se dedican como vendedores; 2 son predicadores; y 1 tanto para educador, como para la cocina. 22 de las personas entrevistadas dependen económicamente de sus familiares, es decir que de las 18 personas que no trabajan dependen de sus familiares, sin embargo 4 de las personas que sí trabaja, mencionó que también depende económicamente de sus familiares. Esto se debe a que el ingreso económico familiar mensual de 26 de las personas entrevistadas se encuentra entre 3000 a 6000 córdobas; el de 2 personas menor a 3000 córdobas; el de 1 persona se encuentra entre 6000 a 10000 córdobas y el de 1 persona mayor a 10000 córdobas. De manera que, 28 de las personas entrevistadas en el estudio ganan alrededor, o menos del salario mínimo, 4,235.88 córdobas, establecido por MITRAB (Ministerio del trabajo 2015) y solo 1 iguala el precio de la canasta básica, 12,184 córdobas mensuales (INIDE, MARZO 2015). Y dentro de la lista de la canasta básica no se incluye productos especiales para la dieta de un diabético, recordando que ese ingreso es dividido entre los miembros de las familias y satisfacer las necesidades de cuantos miembros haya.

## **Con respecto al objetivo no. 2**

Las 3<sup>o</sup> personas de la muestra de estudio, presentan como enfermedad crónica, diabetes mellitus. Presentándose la Diabetes mellitus tipo 2 en 29 y la diabetes mellitus tipo 1 en una persona. De ese 100%, solo 23 personas mencionan tener antecedentes familiares de diabetes, 5 no tienen antecedentes familiares y 2 no saben si tiene o no antecedentes familiares de diabetes, la diabetes mellitus tipo 2, tiene siempre un factor hereditario (Medicina Interna, Harrison, 2008); y en la diabetes mellitus tipo 1, se hereda la predisposición a padecer la enfermedad y no la enfermedad en sí (Fundación para la Diabetes, 2007). Es decir, que el factor hereditario para las 23 de las personas entrevistadas representa un factor de riesgo para los sujetos (Lalonde, 1974).

Con respecto al tiempo de diagnóstico de las personas con diabetes, 23 tienen más de 5 años de haber sido diagnosticados; 6 tienen entre 1 y 5 años y 1 tiene menos de un año de haber sido diagnosticado. Conforme al tiempo que tienen asistiendo al club, 12 tienen entre 2 y 3 años; 8 tienen entre 4 y 5 años; 6 tienen 1 año; 4 tienen menos de un año. (Ver anexo, gráfica 23). 27 personas asisten con una frecuencia de 4 jueves al mes. (Ver Anexo, Gráfica 24). El club de diabéticos está organizado por un ciclo cada 4 meses. Cada ciclo aborda 4 temas, un tema por mes, al preguntarles en la entrevista que temas han visto, refirieron, psicología, nutrición importancia del ejercicio, complicaciones, y tratamiento farmacológico. La razón por la que asisten es por la educación en su enfermedad y para no sentirse solos. La información en el modelo de autoeficacia permite que las personas sean conscientes de lo vulnerable que son a partir de su enfermedad, ya que les permite reconocer las conductas que representan un riesgo para su salud.

Sin embargo, en éste grupo a pesar de que han estudiado la nutrición y la importancia de la actividad física, se encuentra que 23 de las personas entrevistadas, presentan un índice de masa corporal inadecuado, predominando 13 con sobrepeso; 9 con obesidad leve y 1 con obesidad mórbida. Y solo 7 de los diabéticos entrevistados presenta un índice adecuado, encontrándose dentro del rango del peso normal, ideal. Estos datos son contradictorios en cuanto a la



distribución porcentual de las variables de actividad física y plan de nutrición de los mismos. Se encontró que el 19 de las personas del estudio respondieron hacer alguna actividad física, y solo 11 dicen ser sedentario. A su vez, 25 expresan seguir el plan nutricional, propuesto por el médico; y 5 refieren que no. Esto es contradictorio, cuando se les preguntó en la entrevista que hacen cuando se les presenta la oportunidad de comer algo dulce o algo que está fuera de su dieta; 21 refirieron que si lo come y 9 dijeron que no. (Ver anexo, Gráfica 25); y el ítem de la escala de autoeficacia Percibida, “Soy capaz de frenar mis impulsos de ingerir alimentos que afecta negativamente mi diabetes”, 25 seleccionaron estar completamente seguros en poder hacerlo. (Ver anexo, Tabla 2).

En la entrevista se encontró que 19 de los entrevistados tienen dificultad en seguir el régimen alimenticio, siendo la causa principal la economía, de modo que al preguntar si siente que el médico ajustó la dieta a sus posibilidades económicas 19 refieren que no. (Ver Anexo, Gráfica 26). De esas 19 que dijeron tener dificultad, 16 si ha encontrado opciones para resolver las dificultades, por medio de consumir alimentos de temporada y comer lo que tienen siempre y cuando cuidando las porciones. (Ver anexo, Gráfica 27). Al preguntarles, si recibieron educación nutricional al momento del diagnóstico, 24 de los entrevistados refirieron que no se les brindó educación nutricional cuando se les diagnóstico, (Ver anexo, Gráfica 28) sin embargo los 30 expresaron recibir educación nutricional hasta que se integraron al club.

Con respecto a los determinantes de la salud (Lalonde, 1974) que influyen en las personas del estudio, se identificó el determinante biológico, ya que se encuentra el factor hereditario de la diabetes; en cuanto al estilo de vida, se encontró que 29 no fuman desde su diagnóstico, y 1 persona si fuma desde el diagnóstico; 27 no consumen alcohol; sin embargo 3 personas si consumen alcohol; con respecto al índice de masa corporal el 23 de las personas entrevistadas, presentan un índice de masa corporal inadecuado; en cuanto al determinante de asistencia sanitaria, se encontró que 29 visitan el centro de atención regularmente, y 1 no lo visita; 27 personas asisten al club de diabéticos todos los jueves.

Con respecto a la exclusión social 27 de las personas con diabetes entrevistadas refieren no sentirse excluidas socialmente, y solo 3 si se sienten excluido socialmente; se sienten incomprendido, no tienen opciones de alimentos para diabéticos y no tienen amistad en su comunidad. 26 de las personas se sienten apoyados por sus familias. (Ver anexo, Gráfica 29). Las personas que no se sienten excluidas refirieron en la entrevista que se sienten apoyados por los miembros del club, que reciben consejos y los escuchan. Una de las razones por las que asisten al club además de aprender, es para no sentirse solos.

Con respecto a la autoeficacia percibida en la población de estudio del hospital Alemán Nicaragüense (2012), se encontró una incongruencia entre la alta autoeficacia percibida y las conductas de riesgos presentes; dejando como resultado un sesgo optimista (subestiman el riesgo real, lo que los incapacita en adoptar nuevos hábitos saludables), esto se debió a la falta de información sobre su enfermedad, la carencia de apoyo social, y habilidades de autoregulación, por lo que su conducta no se modifica.

Para ésta población de estudio se encontró que 28 de las personas que realizaron la escala de autoeficacia percibida, se perciben con una alta autoeficacia.

Es un hecho, que a diferencia del estudio relación entre la calidad de vida y la autoeficacia percibida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense, los participantes del club cuentan con mayor información y apoyo social, sin embargo están presentes conductas de riesgos. 28 de los entrevistados consideran que hacen todo lo posible para reducir riesgos. (Ver Anexo, Gráfica 31).

26 personas están completamente seguros en poder ser capaces de informarse sobre su condición (Ver anexo, Tabla 3); Cuando se les preguntó en la entrevista si sabe que es hipoglucemia e hiperglicemia 19 refirieron que sí. (Ver anexo, Gráfica 30). Los pacientes entienden la diabetes como una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida y que supone un cambio de estilo de vida y depende del autocuido evitar complicaciones. Refieren la importancia de las charlas, las experiencias de

los compañeros y la solidaridad de los mismos para comprender mejor su enfermedad.

29 de los entrevistados refirieron en la entrevista que no han tenido ideas suicidas; 1 refirió que sí ha tenido ideas suicidas, sin embargo la causa no es la diabetes. (Ver anexo, Gráfica 32). 28 de los encuestados consideran importante el acompañamiento psicológico al momento del diagnóstico; 2 personas refirieron que no lo considera importante, (Ver anexo, Gráfica 33), expresaron que encuentran las respuestas en la biblia.

La población de estudio, poseen la información para formular concepciones de la vulnerabilidad que enfrentan ante su enfermedad, sin embargo sus comportamientos no son seguros. No han desarrollado habilidades que fomenten la autoeficacia, ya que es a partir de la autoeficacia que se optarán conductas más saludables. (Bandura, 1977). Es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos; se debe ensayar las estrategias y actividades alternativas (Bandura, 1986). A pesar del tiempo que tienen las personas asistiendo al club y el conocimiento aprendido, presentan conductas de riesgos, lo que indica que no hay sinergia entre el apoyo social, la información y la conducta; los dos primeros componentes, éste grupo de estudio lo tiene, pero no han realizado las evaluaciones necesarias para llegar a modificar la conducta. (Bandura 1977). No basta con saber que es bueno o malo, porque el saber esta diferencia no necesariamente hace que se elija bien.

## X. CONCLUSIONES

- La mayoría de las personas son mujeres; el grupo etáreo predominante entre los 50 y 60 años; proceden de la zona urbana, no trabajan y dependen económicamente de sus familiares; el ingreso económico familiar mensual es de C\$ 3,000 a C\$ 6,000 córdobas; y el nivel educativo alcanzado es secundaria.
- Los determinantes de la salud que están influyendo en las conductas de riesgo de los pacientes estudiado son, Determinante biológico y causal genético, dado que la mayoría de ellos presentan antecedentes familiares de diabetes; determinante estilo de vida, dado por el índice de masa corporal inadecuado, ubicado en el rango de sobrepeso; pobre control de impulso alimenticio.
- Alta autoeficacia percibida por los pacientes, sin modificación en la conducta. El club de diabéticos es un espacio que brinda educación y red de apoyo a los pacientes diabéticos, ha incidido en aceptación de la enfermedad, reducir sentimientos de exclusión social, brinda la oportunidad de obtener medicina.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Para la Persona**

- Establecer metas a corto y mediano plazo en base a los conocimientos adquiridos y las necesidades de cada uno.
- Compartir con la familia los conocimientos adquiridos para poder hacer cambios de estilos de vida en el núcleo familiar.
- Iniciar actividad física de acuerdo a su condición médica.
- Buscar asesoría para elecciones de alimentos sanos y adecuados para su condición.

### **Para el Club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón**

- Dividir al grupo según el tiempo de participación en el mismo.
- Medir progresos en cada bloque de tema, es decir si se estudiará plan de alimentación adecuado para el diabético y la importancia del ejercicio, medir al inicio y al final; el peso.
- Brindar espacios que los pacientes elaboren sus propias guías de acción y sean compartidas en el grupo y evaluar que están poniendo en práctica.
- Que los pacientes propongan temas de interés.
- Crear actividades en las que puedan participar el núcleo familiar.
- Incentivar las actividades deportivas.
- Implementar en otras unidades de salud, éste tipo de organización, con todo los beneficios que conlleva a la población diabética en riesgo.

### **Para el Sistema de Salud**

- Implementar los clubes de diabéticos en los sectores de servicios de salud del primer nivel de atención del sistema de salud.
- Capacitar a los equipos de salud familiar y Comunitario (ESAF) en prevención y atención al paciente diabético.
- Realizar actividades de promoción de estilo de vida saludable en los clubes de diabéticos.

## XII. BIBLIOGRAFIA

American Diabetes Association. (01 de Enero de 2012). Conexion para la Vida. Estados Unidos de America. Recuperado el 04 de Junio de 2012, de [http://media.diabetes.org/Spanish/main.swf?utm\\_source=WWW&utm\\_medium=ContentPage&utm\\_content=DiabetesTipo2-LandingPage-Link&utm\\_campaign=ESPAÑOL](http://media.diabetes.org/Spanish/main.swf?utm_source=WWW&utm_medium=ContentPage&utm_content=DiabetesTipo2-LandingPage-Link&utm_campaign=ESPAÑOL)

Bandura, A. (1997). *Autoeficacia: El Ejercicio del Control*.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* , 84 (2), 191-215.

Blengio Pinto, J. R., Orizaga Samperio, J., & Perez-Tamayo Ruiz, A. M. (2006). *Las Bases Farmacologicas de la Terapeutica*. McGrawHill.

Boeree, D. C. (1998). *www.psicologia-online.com*. Recuperado el 09 de Septiembre de 2012, de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>

Bortolotti, M. J., & Fernandez, R. D. (2008). EDUCACIÓN PARA LA SALUD: CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES Y JOVENES. *Revista Científica Electronica de Psicología* , 118-119.

Ferreras, & Rozman. (2000). *Medicina Interna* (14 ed.). Madrid, España: ELSEVIER España S.A.

Fundacion para la Diabetes. (2007). *Tipod de diabetes*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2012, de [http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la\\_diabetes/tipos\\_diabetes.htm](http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la_diabetes/tipos_diabetes.htm)

Gainza, R. (2005). Diabetes tipo 2 y sedentarismo. *Educacion Movimiento y Salud* .

Gonzalez, B. (2005). El sedentarismo, las personas y su contexto. *Gaceta Sanitaria* , 421-422.

Harrison. (2008). *Principios de la Medicina Interna* (17 ed.).

Jimenez, J. A. (2002). Retos del joven diabetico. *Revista del Hospital Santa Barbara* , 1 - 6.

Klein, W. (2012). *Optimistic Bias*. Pittsburg: University of Pittsburg.

López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud pública de México*, 43(5), 421-432.

Macias, M. V. (2011). Factores Determinantes de la Salud. En U. d. Cantabria, *Salud Publica y Atencion Primaria de Salud*.

Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. (2011). ¿Como te mueves con la diabetes? Madrid, España.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2010). Movilidad sostenible y actividad fisica. Madrid, España.

Ministerio Vasco de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guia de Practica Clinica sobre Diabetes Mellitus tipo 1*. Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Ministerio Vasco de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus Tipo 2*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- MINSA. (2009). *Análisis de Situación de Salud - Nicaragua*. Managua.
- OMS. (1984). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*.
- OMS. (2012). *Nota Descriptiva N. 312*.
- PAHO. (2011). *Technical Reference Document on Noncommunicable Disease Prevention and Control*.
- Pardo, A. (1997). ¿Que es salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41 (2), 4-9.
- PNUD Nicaragua. (2011). *Informe nacional sobre desarrollo humano 2011: Las juventudes construyendo Nicaragua 2011*. Managua: Editora de Arte.
- Salud para ti. (2010). *El estrés y como controlarlo*. Recuperado el Noviembre de 2012, de [www.diabetes.saludparati.com/estres1.htm](http://www.diabetes.saludparati.com/estres1.htm)
- Schlimovich, S. E. (2012). *www.DrSES.ar*. Recuperado el 6 de 12 de 2012, de [http://drses.com.ar/?page\\_id=106](http://drses.com.ar/?page_id=106)
- Skyler, J. S. (2012). *Atlas of Diabetes*. Miami: Springer.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509-513.
- Torres, F. d. (2012). *La Autoeficacia como Variable en la Motivación Intrínseca y Extrínseca en Matemáticas a través de un Criterio Étnico*. Madrid.
- Villalba, J. B. (7 de Noviembre de 2009). *Criticas al modelo biomedico*. Chile.
- WHO. (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa.
- www.profesorenlinea.cl*. (2007). *www.profesorenlinea.cl*. Recuperado el 03 de Diciembre de 2012, de <http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/SaludyEnfermedad.htm>
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Burrows, R. (2000). Prevención y tratamiento de la obesidad desde la niñez: la estrategia para disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. *Revista médica de Chile*, 128(1), 105-110.
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.



# **ANEXOS**

## I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Objetivo 1:** Conocer las características socio demográficas de los y las pacientes entrevistados y entrevistadas que están diagnosticadas con Diabetes Mellitus tipo 1 o tipo 2, que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Sexo	% por grupo sexo.	Característica Fenotípica que diferencia al hombre de la mujer	Hombre Mujer	Nominal
Edad	% por grupo etáreo	Tiempo que ha vivido una persona	Años	Continua
Nivel Educativo	% por nivel educativo alcanzado	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Primaria Secundaria Educación superior	Nominal
Trabaja	% por grupo que labora o no	Labora o no	Si No	Nominal
Tipo de Trabajo	% trabajo que desempeña	Trabajo, empleo, oficio	Tipo de trabajo que refiera la persona entrevistada	
Depende de otros para vivir	% que dependen	Necesidad de apoyo económico por parte de otros	Si No	
Procedencia	% por procedencia	Lugar de Origen	Urbana Rural	Nominal
Ingreso Familiar	% Ingreso familiar	Salario que percibe una familia por trabajo desempeñado	Menor de 3000, De 3000 a 6000 6000 a 10000 Más de 10000	Nominal

**Objetivo 2:** Identificar algunos de los determinantes de la salud que influyen en conductas de riesgo de las personas diabéticas que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Biológicos	Tipo de Diabetes que presenta	% grupo tipo de diabéticos	Clasificación Diabetes que padece	Diabetes tipo 1 Diabetes tipo 2	Nominal
	Antecedentes Familiares con Diabetes	% grupo de antecedentes con Familia Diabéticas	Antecedentes Familiares	Si No sé No	Nominal
	Tiempo del Diagnóstico	% grupo por tiempo de diagnóstico	Tiempo del diagnóstico	Menor a 1 año, De 1 a 5 años, Mayor a 5 años	Nominal
Estilos de vida	Toma Medicamentos para su condición de diabetes (px DM2)	% grupo por toma de medicamentos	Ingesta de Medicamentos	Sí No Insulina	Nominal
	Los toma regularmente	% grupo que toma regularmente medicamento	Ingesta frecuente de medicamentos	Si No	Nominal
	Cuántas veces al día toma medicamentos (px DM2)	% de veces que toman el medicamento	Medicamento en el px DM2	Número que refiere la persona entrevistada	Continua
	Índice de masa corporal	% por índice de masa corporal	Peso, altura.	Obtenido por medio del peso y altura que el entrevistado refiere.	Continua
	Fuma o ha fumado desde el diagnóstico	% de grupo que fuma desde el diagnóstico	Conducta de riesgo para su condición	Si No	Nominal

Cuántos cigarrillos fuma al día	% de cigarrillos que fuma al día	Cantidad de cigarrillos que fuma el entrevistado	Número que refiere la persona entrevistada	Continua
Bebe o ha bebido desde el diagnóstico	% de grupo que bebe desde el diagnóstico	Consumo de alcohol desde el diagnóstico	Sí No	Nominal
Cuántos días a la semana consume	% de días de consumo por grupo	Días de consumo de alcohol en la semana	Número que refiere la persona entrevistada	Continua
En un día	% de grupo que consumen alcohol en un día	Consumo por día	Número que refiere la persona entrevistada	Continua
Glicemia en ayunas	% de grupo por glicemia en ayunas	Mide la cantidad de azúcar en sangre	Número que refiere la persona entrevistada	Continua
Sigue la dieta específica por su condición de diabetes	% por grupo que sigue la dieta	Limitación de azúcares, porciones pequeñas y divididas a lo largo del día, disminución de grasas y carbohidratos	Sí No	Nominal
Actividad física	% que realiza actividad física	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Hace Deporte Sedentarismo	Nominal
Qué tipo de actividad física realiza	% por grupo de actividad física realizada	Abarca actividades que entrañen movimiento corporal y se realizan como		Continua

			parte de momentos de juego, trabajo, formas de transporte activas, tareas domésticas y ejercicio.	La persona refiere como actividad	
Tipo de Insulina	% por grupo que utiliza la insulina	La inyección de insulina se utiliza para controlar el azúcar en sangre en las personas que tienen diabetes tipo 1	Tipo de insulina que la persona refiere	Continua	
Cuántas veces al día se inyecta	% por grupo que se inyecta en el día	Control de la Diabetes por medio de las inyecciones de insulina	Número que la persona entrevistada refiere	Continua	
Visita regularmente el centro de atención	% por grupo que visita el centro de Atención	Asistencia regular para controles médicos	Si No Algunas Veces	Nominal	
Cumple con los horarios establecidos para tomar sus medicinas	%por grupo que cumple con el horario para tomar sus medicinas	Horario en que toma su medicamento	Respuesta que la persona entrevistada refiere	Continua	
Que hace cuando se le presenta la oportunidad de comer algo dulce o algo que no está en su dieta	%por grupo que come algo dulce o fuera de su dieta	Ingesta de alimentos fuera de dieta para Diabetes Mellitus	Respuesta que la persona entrevistada refiere	Continua	
Ha tenido ideaciones suicidas o intentos suicidas	% por grupo que ha tenido ideaciones suicidas	Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia. El intento es aquel acto sin resultado	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua	

Ambiental			de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.		
	Que hizo al respecto	% por grupo que hicieron algo al respecto		Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Puede aceptar su diabetes	% por grupo que acepta su condición de diabético		Sí No	Nominal
	Se siente excluido de algún círculo social por su condición de diabetes	% por grupo que se siente excluido socialmente	Exclusión social por la diabetes	Sí No	Nominal
	Conoce a otras personas que tengan diabetes	% por grupo que mantiene contacto con otras personas diabéticas	Interacción social con otras personas que padecen de diabetes	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Ha obtenido información significativa de los medios de comunicación	% por grupo que ha obtenido información de la diabetes en los medios de comunicación	Información veraz y significativa que disminuyan conductas de riesgo	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Dificultad para obtener medicina o insulina	% por grupo que tiene dificultad en conseguir medicina	Paciente diabético que no siempre tienen a su disponibilidad la medicina	Sí No	Nominal
	Donde la obtiene	% por grupo que obtiene la medicina en las distintas	Centro en donde el entrevistado encuentra su medicina	Farmacia Centro de Salud Hospital Otros	Nominal

Sistema de Asistencia sanitaria		opciones mencionadas			
	Recibió información acerca de la diabetes por parte del equipo médico	% por grupo que recibió información acerca de diabetes por parte de equipo médico	Información impartida por parte de los médicos sobre la diabetes	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Qué tipo de información recibió	% por grupo que recibió información	Calidad de la información recibida	El tipo de información que la persona entrevistada refiera	Continua
	Se le han prescrito medicamentos	% por grupo que se le han prescrito medicamentos	La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada durante el período de tiempo apropiado y al menor coste posible	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Se los brinda el hospital	% por grupo que les brinda el hospital el medicamento	Prescripción de medicamentos	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Se le brindó educación nutricional, con el propósito de dar a conocer su tratamiento médico nutricional	% por grupo que se le brindó educación nutricional	Atención de calidad	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua

**Objetivo 3:** Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los y las pacientes con Diabetes que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón

VARIABLE	SUBVARIABLE	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Creencias	Puedo determinar cuando tengo hiperglucemia e hipoglicemia	% por grupo que puede determinar cuando tiene hiperglucemia e hipoglicemia	Conocimiento sobre su enfermedad	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Soy capaz de informarme acerca de mi condición	% por grupo que se informa sobre su condición	Búsqueda activa de información	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Que significa para usted tener diabetes	% por grupo según significado de diabetes	Conceptualización de la enfermedad	Significado que la persona entrevistada refiera	Continua
	Como se sintió	% por grupo según el sentir	Reacción emocional ante la enfermedad	Sentir que la persona entrevistada refiera	Continua
	Que es para usted actualmente la diabetes	% por grupo según concepto de diabetes	Conceptualización de diabetes	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Sabe que es hipoglicemia e hiperglucemia	% por grupo que conoce sobre su enfermedad	Conocimiento sobre su enfermedad	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua



	Siente que el medico ajusto la dieta a sus posibilidades económicas	% por grupo según la percepción de las recomendaciones	Percepción de recomendaciones dirigidas a las condiciones del paciente	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Considera importante tener acompañamiento psicológico desde que fue diagnosticado/a con diabetes?	% por grupo importancia de recibir apoyo psicológico	Importancia de apoyo psicológico desde la enfermedad	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Regular la conducta	Soy capaz de frenar mis impulsos de ingerir alimentos que afectan negativamente mi diabetes	% por grupo que frena impulsos para ingerir alimentos fuera de su dieta	Percepción de capacidad de control de impulsos	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Cumplo al pie de la letra con las recomendaciones del especialista de la salud a la hora de ejercitarme	% por grupo que se ejercita	Cumplimiento de recomendaciones de actividad física	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Administro Por cuenta propia en tiempo y forma mi medicación y control glucémico sin que me lo estén recordando	% por grupo que administra por cuenta propia su medicación	Percepción de capacidad en la administración de medicamento	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Realiza el control Glicémico orientado por su médico?	% por grupo que realiza el control glicémico propuesto por el médico	Sigue órdenes del médico	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua

Cumple con el plan nutricional, propuesto por el médico?	% por grupo que sigue el plan nutricional	Sigue órdenes nutricionales	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Qué hace cuando se le presenta la oportunidad de comer algo dulce o algo que no está dentro de su dieta?	% por grupo que no frena sus impulsos	Capacidad de seguir con el plan nutricional	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Visita lugares para comer fuera?, Qué come en esos lugares?	% por grupo que come fuera y la elección de alimentos que elige		Lugares que la persona entrevistada refiera	Continua
Realiza ejercicio?	% por grupo que realiza ejercicio	Realiza actividad física	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Qué tipo de ejercicio	% por grupo según el tipo de ejercicio	Clasificación de actividad física que realiza	Tipo de ejercicio que la persona entrevistada refiera	Continua
Consumo alcohol u otro tipo de droga?	% por grupo que consume alcohol u otra droga	Consumo de alcohol como conducta de riesgo	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Cuantos días a la semana consume?	% por grupo que según días de consumo	Consumo semanal	Número que la persona entrevistada refiera	Continua
En un día cuanto es su consumo?	% por grupo según consumo en un día	Consumo por día	Número que la persona entrevistada refiera	Continua
Fuma usted cigarrillo?	% por grupo que fuma	Consumo de tabaco	Respuesta que la persona	Continua

				entrevistada refiera	
	Cuántos fuma al día?	% por cigarrillos al día	Consumo de tabaco por día	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Habilidades de Simbolizar	Comunico efectivamente a otros lo que me hace sentir la diabetes	% por grupo que comunica a otros como se siente	Capacidad comunicativa	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Qué significa para usted tener diabetes?	% por grupo acerca de percepción de su diabetes	Percepción de su condición	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Alguna vez ha tenido hipoglucemia e hiperglicemia?	% por grupo que alguna vez ha presentado hipoglucemia e hiperglicemia	Capacidad de distinguir entre hipoglucemia e hiperglicemia	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Tiene dificultades para seguir paso a paso el régimen alimenticio propuesto por el médico?	% por grupo que presenta dificultad en seguir el régimen alimenticio	Dificultades percibidas en el plan nutricional	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Qué dificultades tiene?	% por grupo caracterización de dificultades	Caracterización de las dificultades	Dificultades que la persona entrevistada refiera	Continua
	Qué aprendió de la educación nutricional?	% por grupo que refiere aprendizaje de la educación nutricional	Aprendizaje adquirido sobre la educación nutricional	Aprendizaje que la persona entrevistada refiera	Continua

	Siente que su padecimiento le limita a llevar una vida activa?	% por grupo que siente que la diabetes le limita llevar una vida activa	Percepción de limitación desde su enfermedad	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	En qué sentido?			Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Aprender de otros	Comparto y socializo con otros que padecen diabetes	% por grupo que socializa con otras personas diabéticas	Interacción social con personas diabéticas	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Conoce a otras personas que tengan diabetes, sea en su grupo de amigos o comunidad?	% por grupo que conoce otras personas con diabetes	Relación con otras personas diabéticas	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Siente apoyo por parte de ellos?	% por grupo que percibe apoyo	Percepción de apoyo	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Qué tipo de apoyo?	% por grupo que recibe apoyo	Caracterización de apoyo recibido	Tipo de apoyo que la persona entrevistada refiera	Continua
Planificación de estrategias alternativas	Soy capaz de cumplir con mi tratamiento aunque los síntomas desaparezcan	% por grupo que sigue con el plan de tratamiento	Adherencia al tratamiento	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal

	Se le ha prescrito medicamentos?	% por grupo que se le ha prescrito medicamentos	Prescripción de medicamentos para su condición de diabetes	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Se los brinda el hospital?	% por grupo que recibe medicamentos por el hospital		Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	En dado caso, que el hospital no le pueda brindar esa ayuda, como lo solucionaría?	% por grupo según capacidad de respuesta	Capacidad de solución a problemas	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Que hace en caso de presentar hipoglucemia e hiperglicemia?	% por grupo según capacidad de respuesta	Capacidad de respuestas ante las crisis	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Ha encontrado opciones para resolver la dificultad para seguir el régimen alimenticio?, cuáles?	% por grupo que ha encontrado solución a la dificultad de seguir el régimen alimenticio	Capacidad de solución de conflictos	Opciones que la persona entrevistada refiera	Continua
	Cuando se le presenta un problema, que hace para resolverlo?	% por grupo que resuelve los problemas que se le presentan	Capacidad de resolución de conflictos	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
Autoreflexión	Soy capaz de desenvolverme en los distintos ámbitos sociales	% por grupo que se desenvuelve en distintos ámbitos sociales	Vida social satisfactoria	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	Nominal
	Puedo identificar cuando estoy estresado o	% por grupo identifica que está estresado	Capacidad para identificar cuando se está estresado y que	No puedo hacerlo, relativamente seguro de poder	Nominal

	estresada y como afecta mi diabetes		impacto genera en la diabetes	hacerlo, completamente seguro en poder hacerlo	
	Se siente tan triste que deja de hacer cosas que disfruta?	% por grupo que deja hacer cosas por tristeza	Percepción de tristeza y dejar de disfrutar actividades que antes disfrutaba	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Ha notado que está más ansioso/a que antes?	% por grupo que se muestra más ansioso	Percepción de ansiedad	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	En qué situaciones se presenta?	% por grupo que presenta ansiedad	Eventos en los que muestra ansiedad	Situación que la persona entrevistada refiera	Continua
	Le parece que la vida no merece la pena ser vivida? Por qué?	% por grupo que percibe que no vale la pena vivir	Percepción del valor de la vida	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Alguna vez ha tenido ideas suicida?	% por grupo que ha tenido ideas suicidas	Ideaciones Suicida	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Alguna vez ha intentado hacer algo en contra su vida?	% por grupo que ha intentado hacer algo en contra de su vida	Intento suicida	Acción que la persona entrevistada refiera	Continua
	Considera usted que hace todo lo posible para reducir las probabilidades de correr riesgo por su enfermedad?	% por grupo que reduce las conductas de riesgo	Percepción de reducir conductas de riesgo	Respuesta que la persona entrevistada refiera	Continua
	Qué reflexión ha realizado en cuanto a su enfermedad y	% por grupo que ha reflexionado desde su padecer	Percepción de vida desde la enfermedad	Reflexión que la persona	Continua

	vivencia relacionada con la diabetes?			entrevistada refiera	
--	---------------------------------------	--	--	----------------------	--

## ANEXO 2: INSTRUMENTO

### ENTREVISTA PARA JÓVENES Y ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y 2

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
SEXO: HOMBRE / MUJER	TIPO DE DIABETES: DM TIPO 1 / DM TIPO 2
CUANDO SE LE DIAGNOSTICO DIABETES:	
DESDE HACE CUANTO ASISTE AL CLUB:	
FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE:	

- 1- Qué significa para usted tener diabetes?
- 2- Qué fue lo primero que pensó cuando lo diagnosticaron con Diabetes? ¿Cómo se sintió?
- 3- Qué es para usted actualmente la diabetes?
- 4- Tiene algún familiar con diabetes? Quiénes?
- 5- Como reaccionó su familia ante su padecimiento?
- 6- Se siente apoyado por su familia en cuanto a su enfermedad? Cómo? ¿En que lo/la apoyan?
- 7- Recibió información acerca de la diabetes, por parte del equipo médico? Qué tipo de información? Logró aclarar sus dudas?
- 8- Se le ha prescrito medicamentos? Se los brinda el Hospital? En un dado caso, que el Hospital no le pueda brindar esa ayuda, como lo solucionaría?
- 9- Cumple con los horarios establecidos para tomar la medicina? Si, como?, no, por qué?



- 10- Sabe qué es Hipoglucemia e hiperglucemia?
- 11- Realiza el control glicémico en el horario orientado por su médico?
- 12- Alguna vez ha tenido hipoglucemia y/o hiperglucemia? Si la respuesta es SI, Qué hace ante esta situación?
- 13- Qué dificultades tiene para seguir paso a paso el régimen alimenticio propuesto por el médico?
- 14- Ha encontrado opciones para resolver dicha dificultad? Si, Cuáles? No, porque?
- 15- Cuando se le presenta un problema, que hace para resolverlo?
- 16- Siente que el médico ajustó la dieta a sus posibilidades económicas?
- 17- Se le brindó educación nutricional, con el propósito de dar a conocer su tratamiento médico nutricional? Qué aprendió? ¿lo cumple? Si, No ( Porqué?)
- 18- Qué hace cuando se le presenta la oportunidad de comer algo dulce, o algo que no está dentro de su dieta?
- 19- Qué lugares visita para comer, fuera de su casa Que come en ese lugar?
- 20- Realiza Ejercicio? Qué tipo de ejercicio realiza?
- 21- Como reaccionaron sus amigos/as ante su padecimiento? ¿Qué tipo de apoyo recibe de ellos?

22- Consume algún tipo de droga o alcohol? Cuantos días a la semana consume? En un día cuanto es su consumo?

23- Fuma usted cigarrillo? Cuántos cigarrillos fuma al día?

24- Considera que sus amigos influyen en la ingesta de alguna de estas sustancias?

25- Se siente tan triste que deja de hacer cosas que disfruta?

26- Conoce a otras personas que tengan diabetes, sea en su grupo de amigos o comunidad? Siente apoyo por parte de ellos? Qué tipo de apoyo?

27- Se siente excluido por su comunidad? De qué manera?

28- Ha obtenido información significativa de su enfermedad en los medios de comunicación? ¿Qué tipo de información?

29- ¿Siente que su padecimiento le limita a llevar una vida activa? ¿En qué sentido?

30- Ha notado que está más ansioso que antes? ¿En que situaciones se presenta?

31- Le parece que la vida no merece la pena ser vivida? ¿Por qué?

32- Alguna vez ha tenido ideas suicidas o intentos suicidas? Qué hizo al respecto?

33- Considera usted que hace todo lo posible para reducir las probabilidades de correr riesgo por su enfermedad?

34- De qué manera afronta su enfermedad?

35- Qué reflexión ha realizado en cuanto a su aprendizaje y vivencia relacionada con la diabetes?

36- ¿Considera importante tener acompañamiento psicológico desde que fue diagnosticado o diagnosticada con Diabetes Mellitus?

37- ¿Por qué asiste al club?

38- Qué temas han abordado en el club?

39- Cree que le ha ayudado a comprender más sobre su enfermedad? ¿Cómo?

40- Ha visto cambios desde que asiste al club?

### Datos generales del entrevistado

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer / Hombre

**Nivel Educativo:** Primaria / Secundaria / Educación Superior

**Procedencia:** Urbana / Rural

**Trabaja:** Si / No

**Tipo de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Depende de otras personas para vivir:** Si / No

**Ingreso Familiar:**

(Menor de 3000) / (De 3000 a 6000) / (De 6000 a 10,000) / (Mayor de 10,000)

**Tipo de Diabetes que presenta:** Diabetes tipo I / Diabetes tipo II

**Tiempo del Diagnóstico:** (Menor a 1 año) / (De 1 a 5 años) / (Mayor a 5 años)

**Antecedentes Familiares con Diabetes:** Si / No / No se

**Índice de masa corporal:** Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_

**Glicemia en Ayunas:** \_\_\_\_\_ **Hemoglobina Glucosilada:** \_\_\_\_\_

En pacientes con Diabetes tipo 1	En pacientes con Diabetes tipo 2
<b>Tipo de Insulina:</b> _____ <b>Cuántas veces al día se inyecta:</b> _____ <b>Donde la Obtiene:</b> FARMACIA / CENTRO DE SALUD / HOSPITAL / OTROS <b>Fuma o ha fumado desde el diagnóstico:</b> SI / NO <b>Bebe o ha bebido desde el diagnóstico:</b> SI / NO <b>Sigue la dieta específica por su condición de diabetes:</b> SI / NO <b>Conoce lo que significa la diabetes para su salud:</b> Si / No <b>Se siente excluido de algún círculo social por su condición de diabetes:</b> SI / NO	<b>Toma medicamentos para su condición de diabetes:</b> SI / NO / INSULINA <b>Los toma regularmente:</b> SI / NO <b>Cuántas veces al día:</b> _____ <b>Donde la obtiene:</b> _____ <b>Conoce lo que significa la diabetes para su salud:</b> Si / No <b>Se siente excluido de algún círculo social por su condición de diabetes:</b> Si / No

**En ambos pacientes con diabetes tipo I y tipo II**

**Visita regularmente el centro de atención:** Si / No / Algunas veces

**Actividad física:** Hace deporte / Sedentario

**Dificultad para obtener medicina o insulina:** Si / No

**Causas:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Puede aceptar su diabetes:** Si / No

Observación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ESCALA DE AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN JOVENES DIABETICOS

Nombre:
Edad:
Sexo:

Para cada elemento identificado a continuación, marque con una "X" la casilla de la derecha que considere más acorde con su criterio de calidad.

<b>Descripción o identificación de cada elemento del cuestionario</b>	<b>Escala</b>		
	<b>No puedo hacerlo</b>	<b>Relativamente seguro de poder hacerlo</b>	<b>Completa seguridad en poder hacerlo</b>
1. Soy capaz de frenar mis impulsos de ingerir alimentos que afectan negativamente en mi diabetes			
2. Cumpló al pie de la letra con las recomendaciones del especialista de la salud a la hora de ejercitarme			
3. Administro por cuenta propia en tiempo y forma mi medicación y control glucémico sin que me lo estén recordando			
4. Soy capaz de desenvolverme en los distintos ámbitos sociales			
5. Soy capaz de informarme acerca de mi condición			
6. Puedo determinar cuando tengo hiperglucemia e hipoglucemia			
7. Comunico efectivamente a otros lo que me hace sentir la diabetes			
8. Comparto y socializo con otros que padecen de diabetes			
9. Soy capaz de cumplir con mi tratamiento aunque los síntomas desaparezcan			
10. Puedo identificar cuando estoy estresado o estresada y como afecta mi diabetes			

### CONSENTIMIENTO INFORMADO: Usuarios de servicios de club de diabéticos

Se le quiere invitar a participar en este estudio, para entender y conocer sobre la autoeficacia y el rol de los clubes de diabéticos en esta.

**Procedimiento:** Si está de acuerdo con el consentimiento informado, las personas a cargo de la investigación les harán una serie de preguntas relacionadas a la autoeficacia. Las preguntas las realizará la investigadora.

**Beneficios:** No existen beneficios directos de participar en esta entrevista para usted o su hogar. Sin embargo, esperamos que esta investigación le brinde beneficios en el futuro a usted y su comunidad al ayudarnos a comprender como mejorar el trabajo en los clubes de diabéticos y el autocuidado.

**Riesgos:** No existe riesgo alguno de participar en esta investigación.

**Participación voluntaria y la posibilidad de retirarse:** Su participación en este proyecto de investigación es voluntario. Por consiguiente, queda a su libre elección abstener de participar. Puede también retirarse en cualquier momento, sin dar razón, informando a la investigadora. Su decisión de no participar o de retirarse del estudio no tendrá ningún impacto en la calidad de atención de los servicios a los que tiene derecho o en su relación con el investigador a cargo del proyecto y los otros cuidadores

**Derechos y confidencialidad:** Durante su participación en el proyecto, el investigador recopilará y registrará la información que ha brindado, en un archivo de estudio. Serían recogidos sólo de datos necesarios para cumplir con los objetivos científicos del proyecto. En su caso, mantendremos la transcripción de su entrevista en el archivo. Toda la información recopilada se mantendrá estrictamente confidencial. Con el fin de proteger su identidad y la confidencialidad de su información, sólo un código de números la identificara. Los datos se almacenarán durante un período de 1 año y luego se destruyen.

**Indemnización:** El estudio es de carácter voluntario, y no implica ningún tipo de compensación monetaria por su participación.

**El control de los aspectos éticos de la investigación:** La Junta de Ética de Investigación, tanto del MINSA como del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES UNAN Managua aprobaron este proyecto de investigación y garantizan el seguimiento.

¡Muchas gracias por su participación!

#### **Autorización:**

**¿Está de acuerdo en participar en este proyecto de investigación de acuerdo con las condiciones establecidas anteriormente?**

Consentimiento verbal de la participante

Firma del investigador:

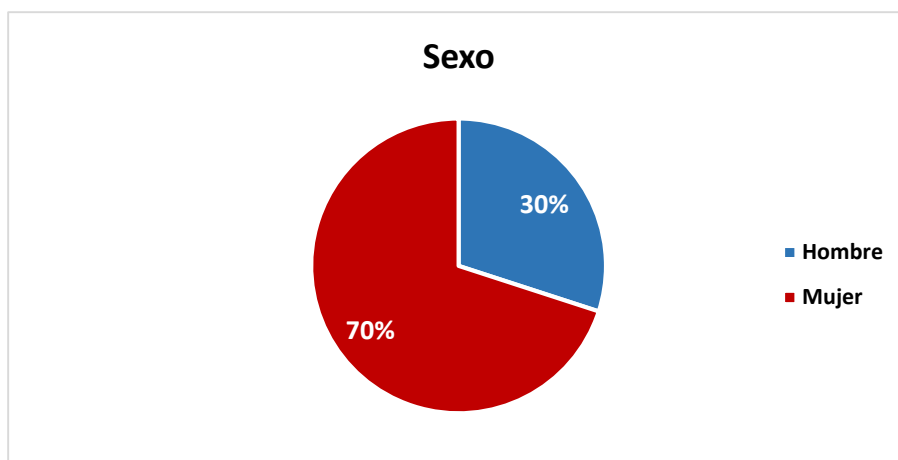
Le he explicado al sujeto de la investigación de los términos de la presente información y formulario de consentimiento, y respondí a todas sus preguntas.

---

Iniciales de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

**Gráfica 1. Distribución porcentual de las personas entrevistadas, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tablas de datos

**Tabla 1.**

**Relación entre la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 que asisten al Club de diabéticos, del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015.**

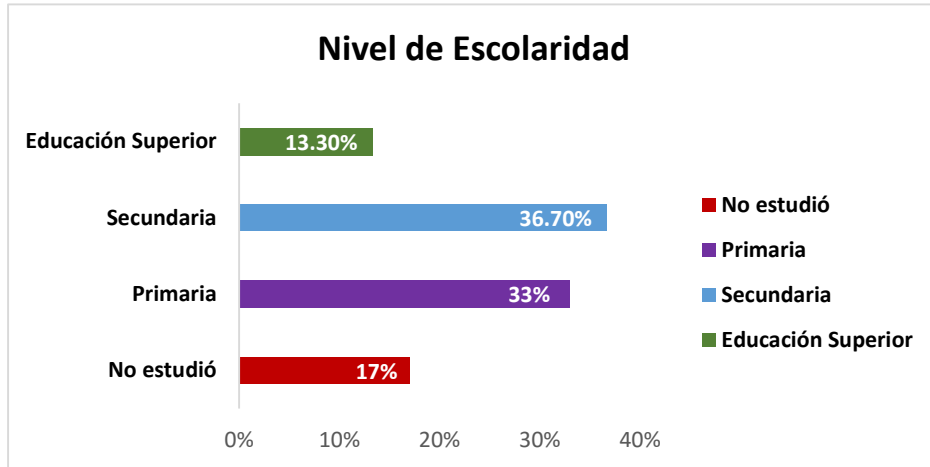
**Distribución de Edad de las personas entrevistadas.**

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	40 a 50 años	4	13.3	13.3	13.3
	50 a 60 años	20	66.7	66.7	80.0
	60 a 75 años	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente. Instrumento de recolección de datos



**Gráfica 2. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según nivel de escolaridad, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



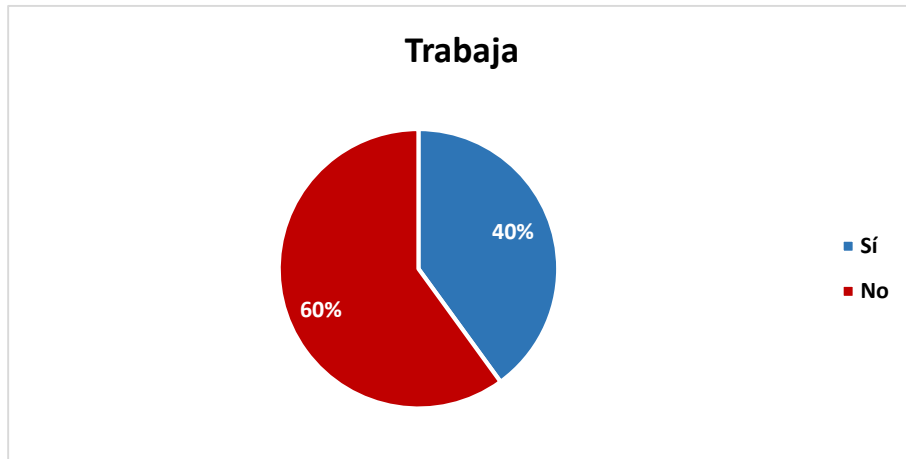
Fuente. Tabla de datos.

**Gráfica 3. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según su procedencia, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



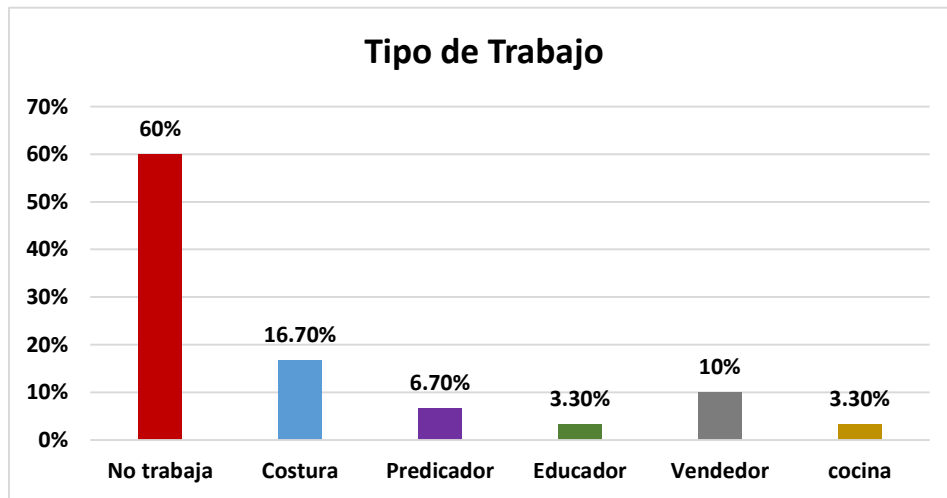
Fuente. Tablas de datos

**Gráfica 4. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según estado laboral, Club de Diabéticos, Hospital Manolo Morales 2015**



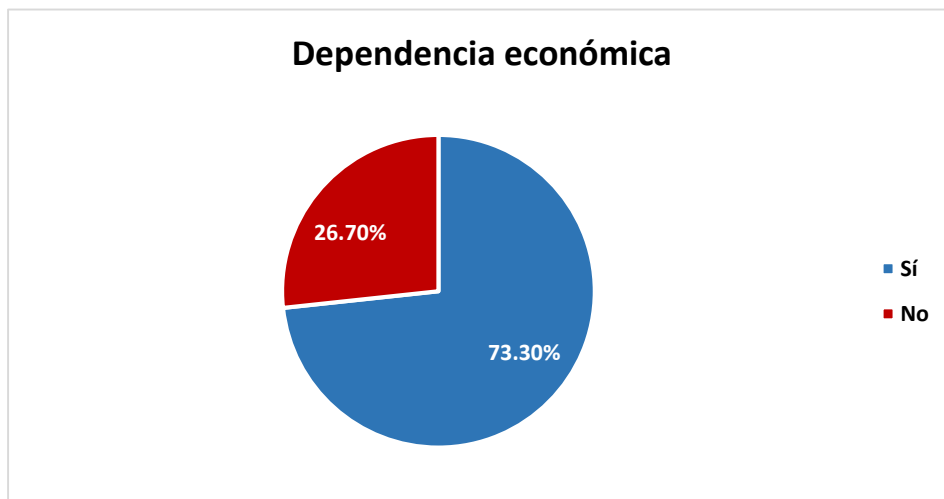
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 5. Distribución porcentual de las personas entrevistadas, de acuerdo al tipo de empleo, Club de Diabéticos, Hospital Manolo Morales 2015**



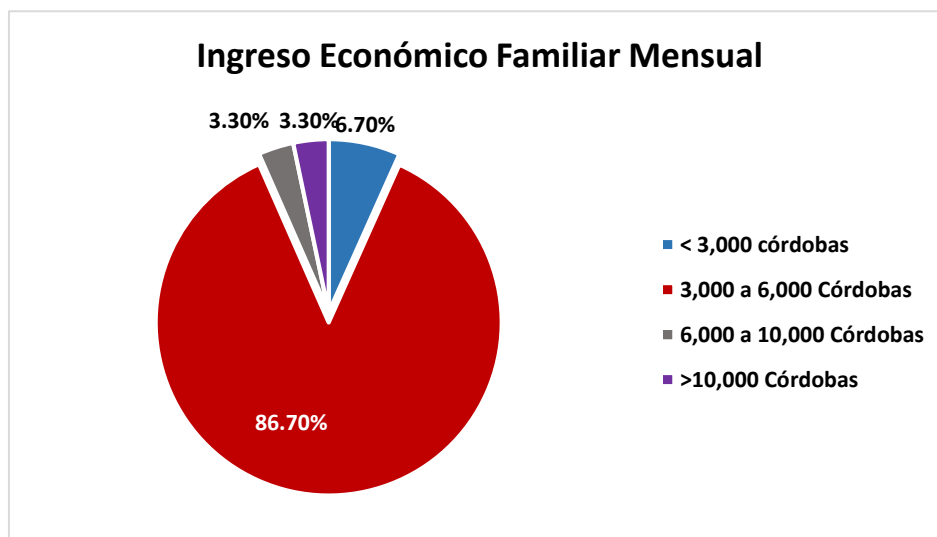
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 6. Distribución porcentual de las personas entrevistadas, según dependencia económica, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 7. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según el ingreso económico familiar, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**

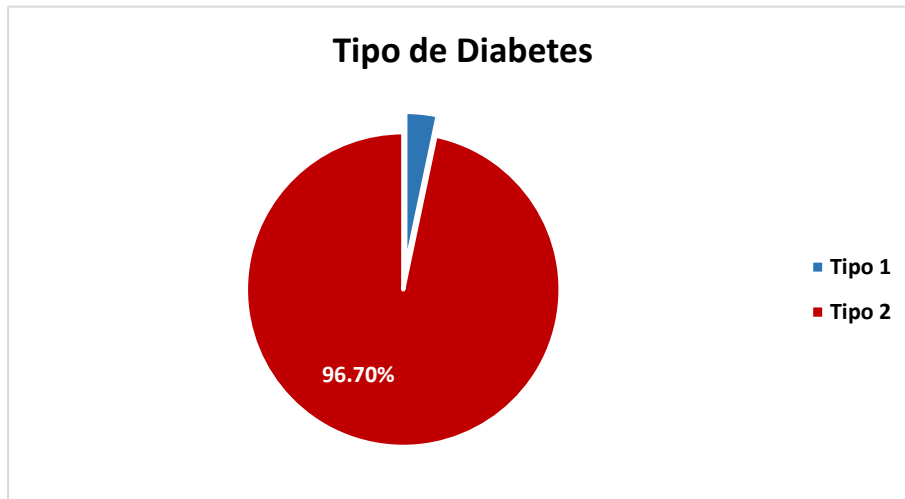


Fuente. Tabla de datos

## Objetivo Específico 2:

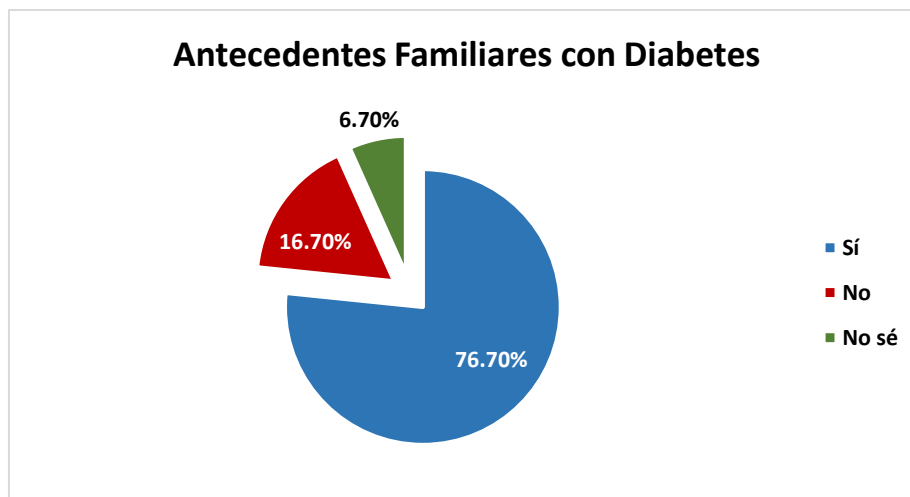
Identificar los determinantes de la salud que influyen en conductas de riesgo de las personas diabéticas que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

**Gráfica 8. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según tipo de diabetes, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



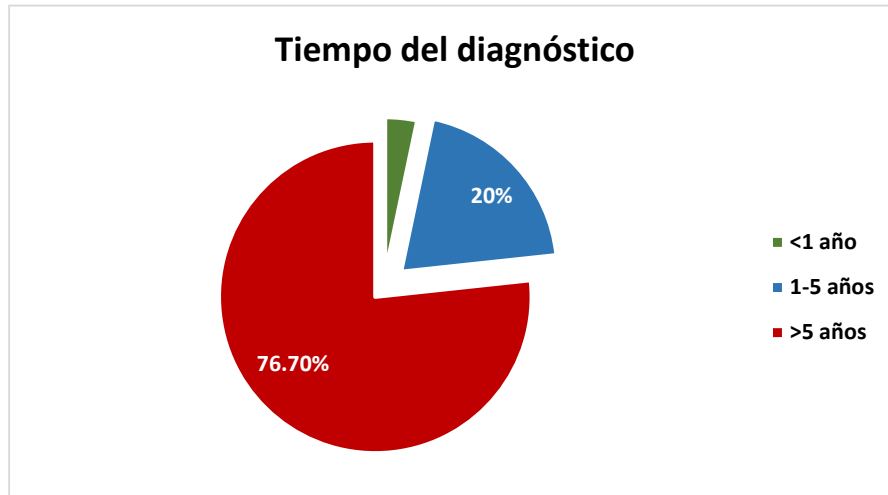
Fuente. Tablas de datos

**Gráfica 9. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según antecedentes familiares con diabetes, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



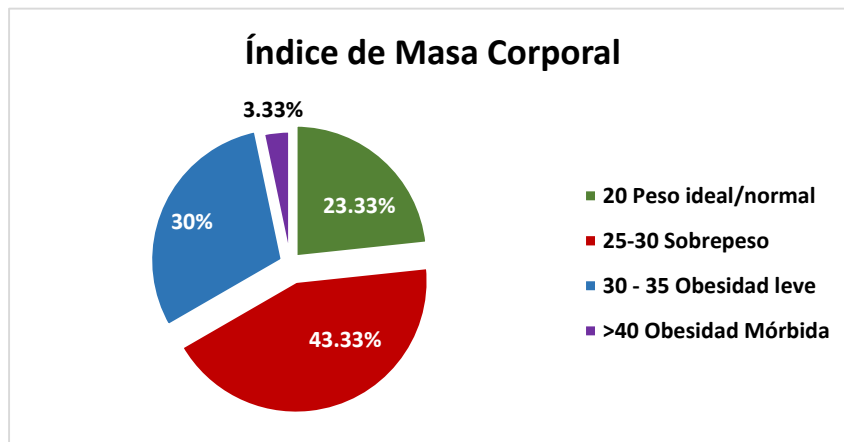
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 10. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según el tiempo de diagnóstico, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



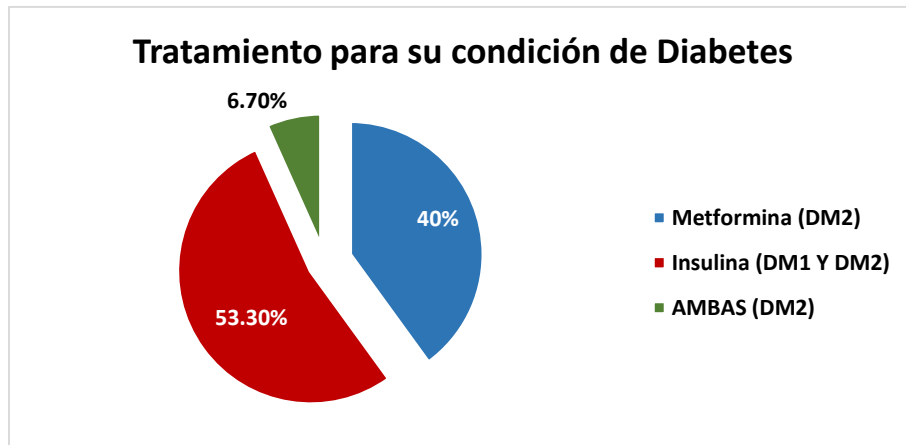
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 11. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según el índice de masa corporal, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



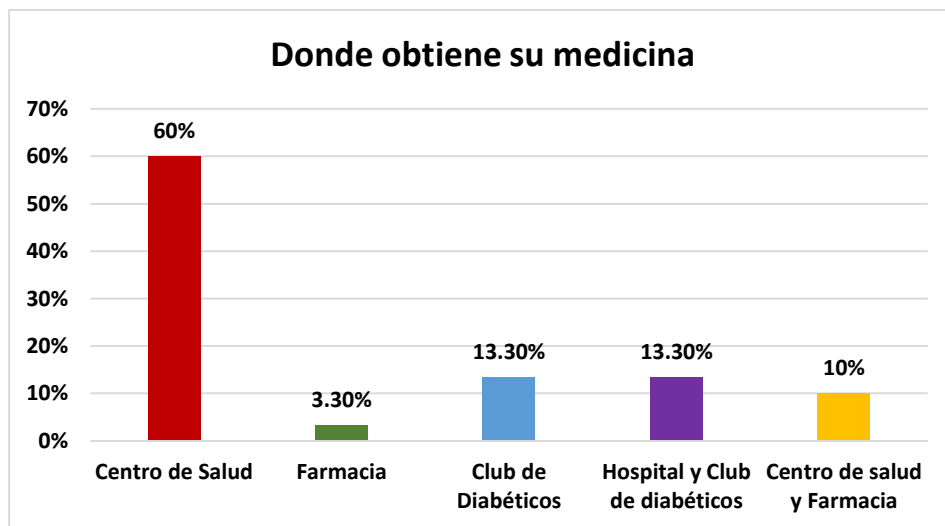
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 12. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según el tratamiento que reciben para su condición, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



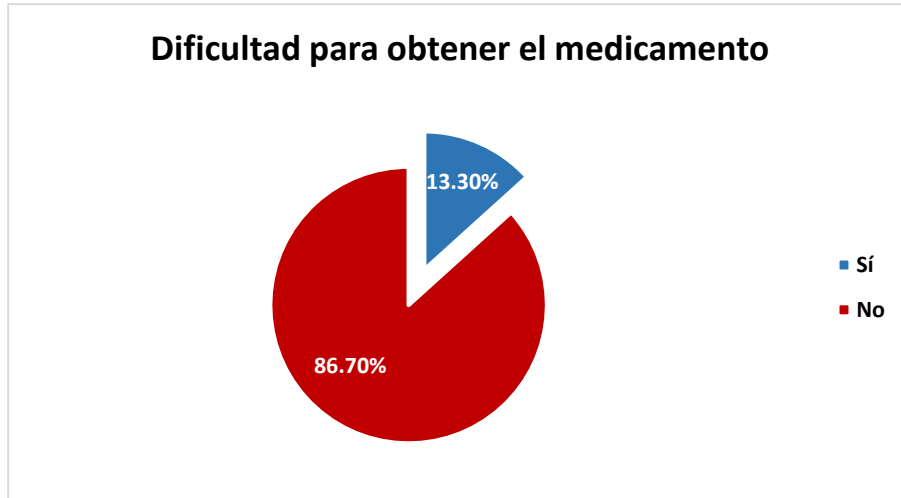
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 13. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según el lugar donde obtiene su medicamento, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 14. Distribución porcentual de las personas entrevistadas según la dificultad de obtención de medicamentos, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



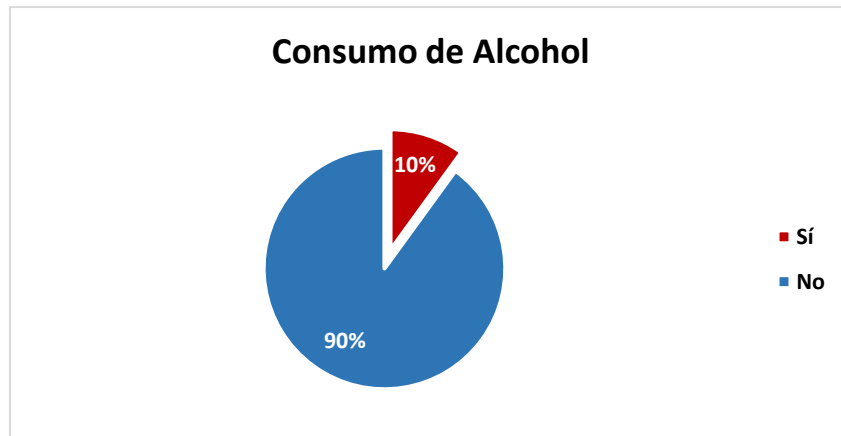
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 15. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que fuman desde su diagnóstico, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



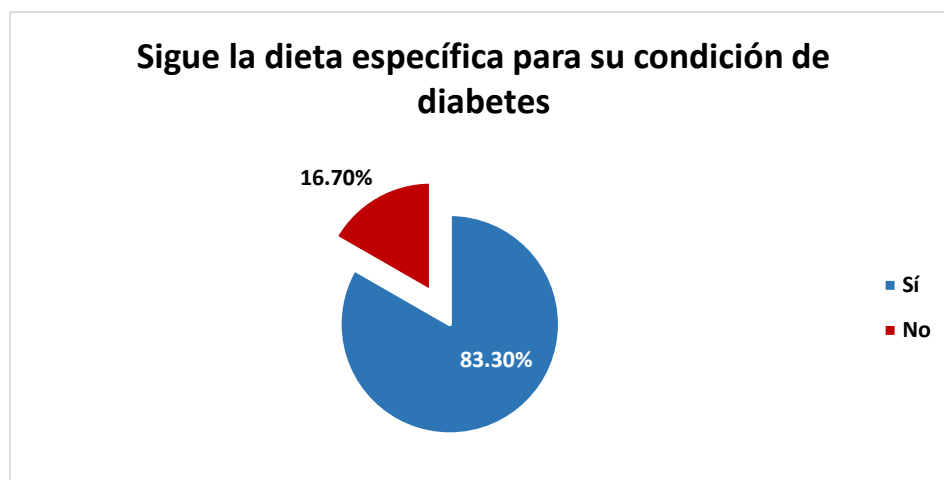
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 16. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con que consumen alcohol, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

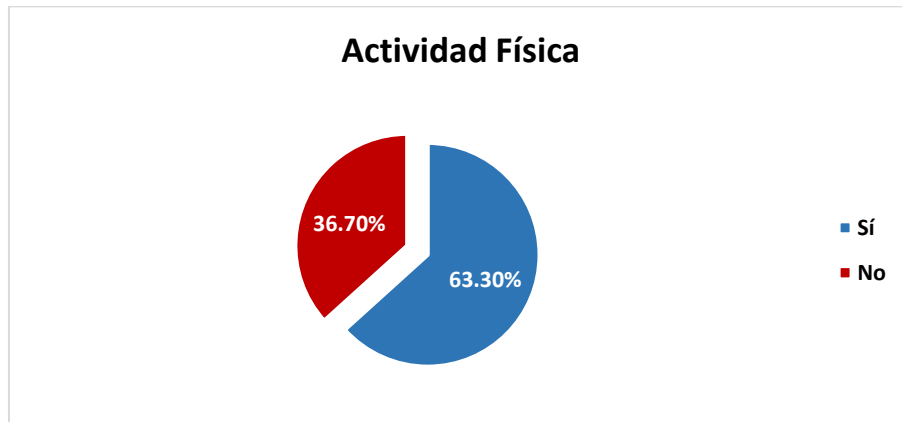
**Gráfica 17. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que siguen su plan de dieta adecuado, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

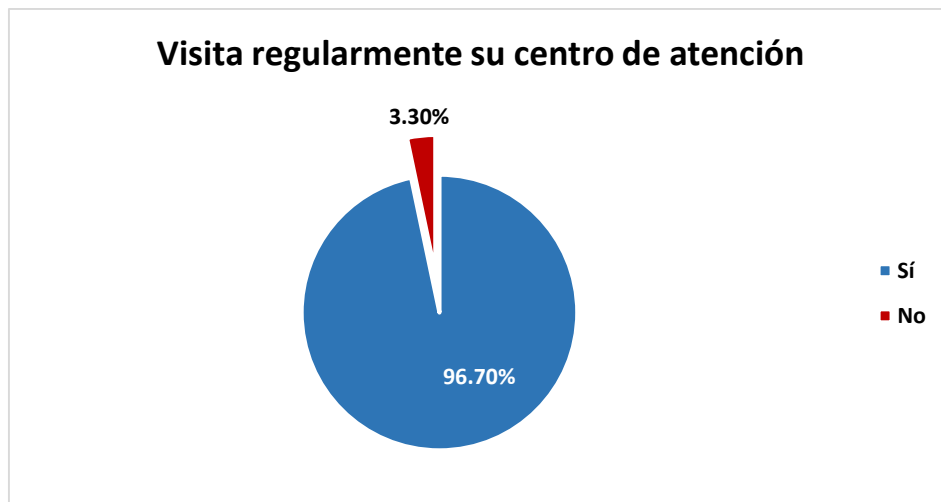


**Gráfica 18. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que realizan actividad física, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



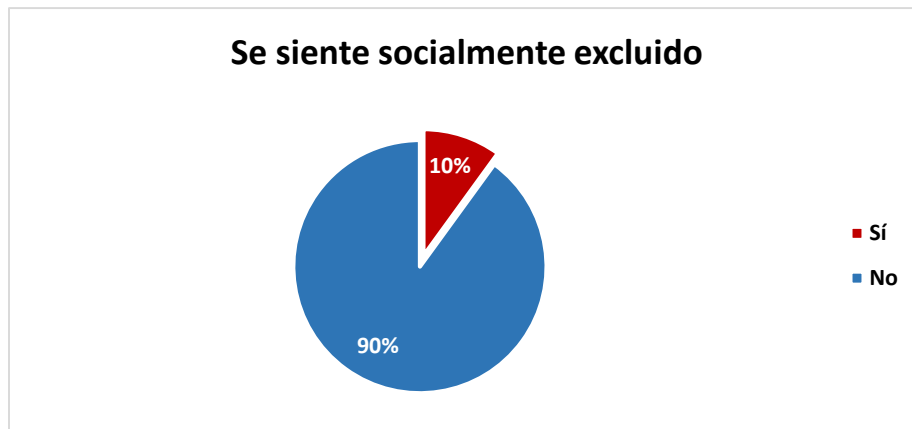
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 19. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que visitan regularmente su centro de atención, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



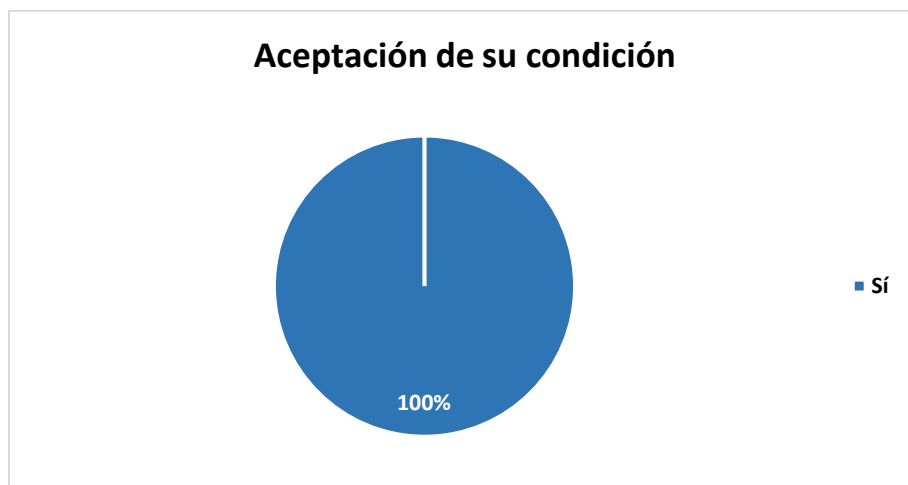
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 20. Distribución porcentual de las personas entrevistadas que visitan regularmente el centro de atención, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 21. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según la aceptación de su condición, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**

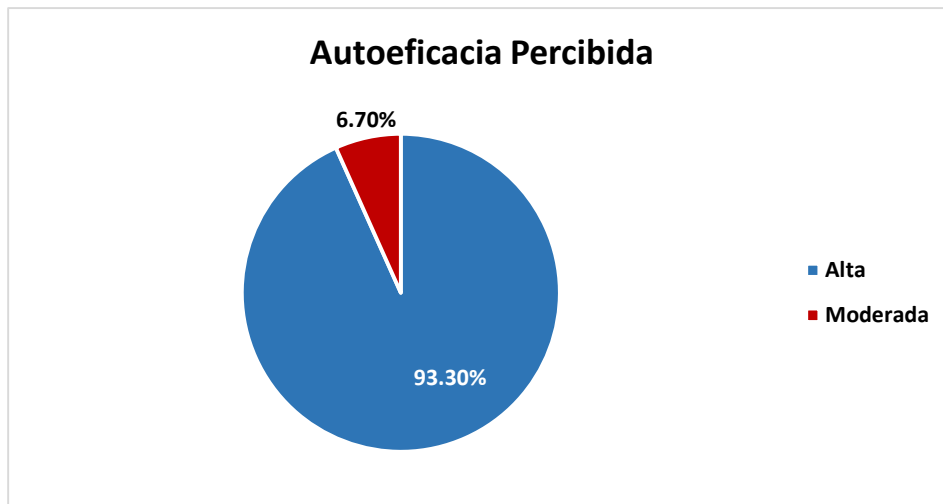


Fuente. Tabla de datos

### Objetivo Específico 3:

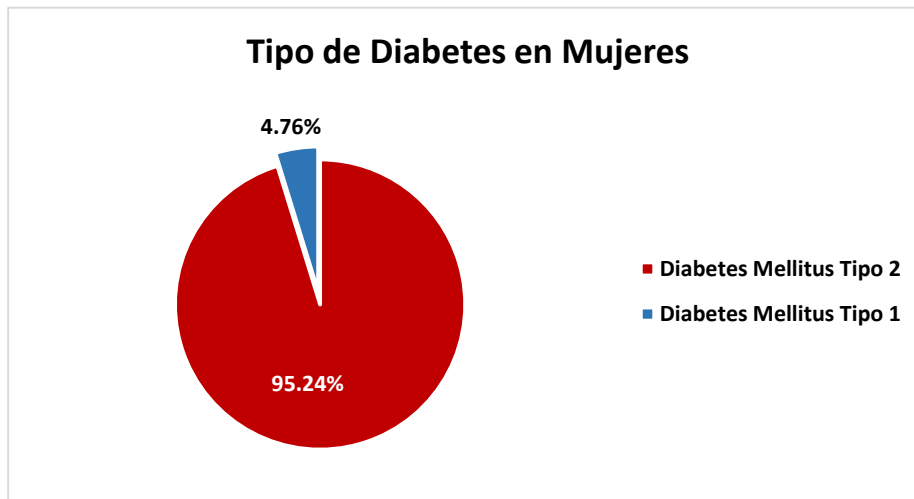
Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los y las pacientes con Diabetes que asisten al club de diabéticos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón.

**Gráfica 21. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según su nivel de autoeficacia Percibida, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



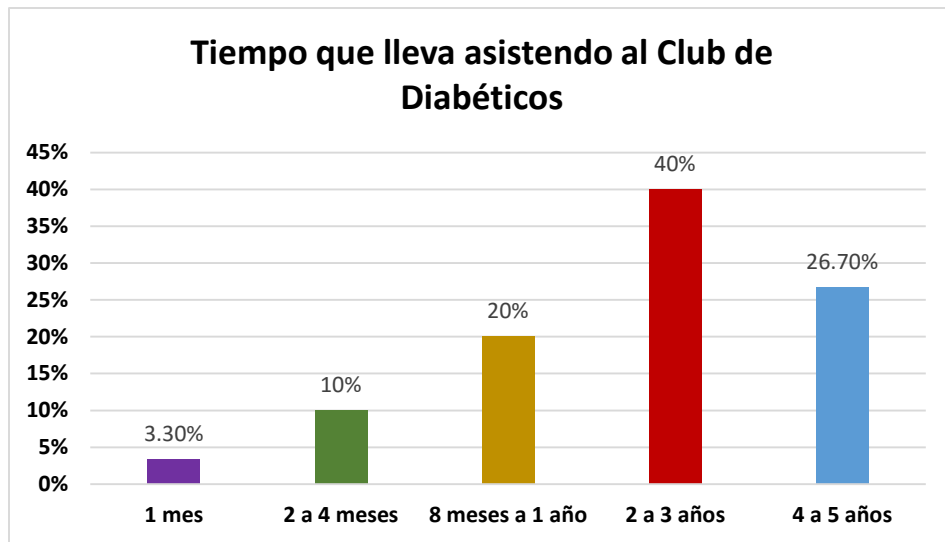
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 22. Distribución porcentual de mujeres según tipo diabetes que presenta, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón, 2015.**



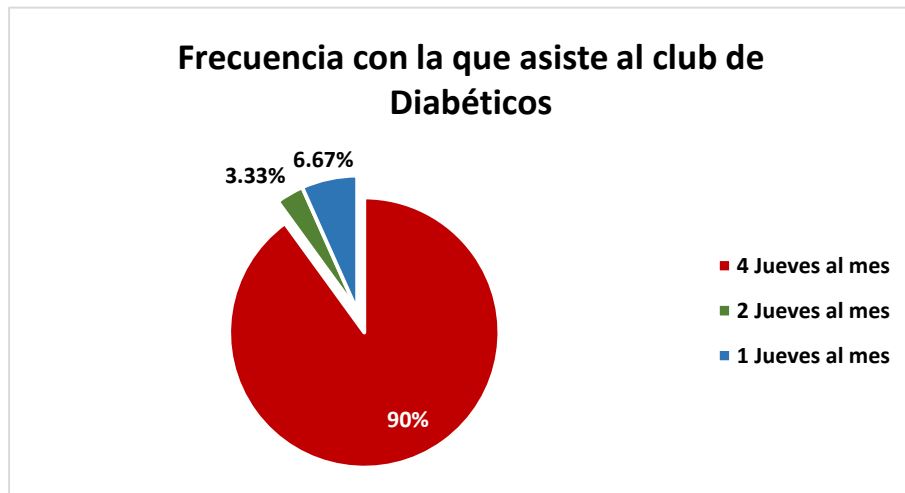
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 23. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según el tiempo de asistencia al club, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



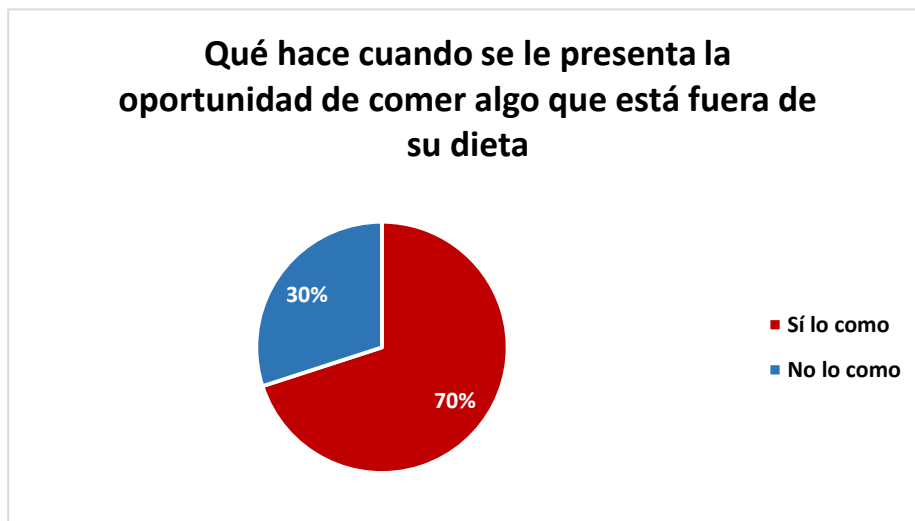
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 24. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según la frecuencia con la que asisten al club, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 25. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según lo que hacen cuando se les presenta la oportunidad de comer algo fuera de su dieta, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Tabla 2.**

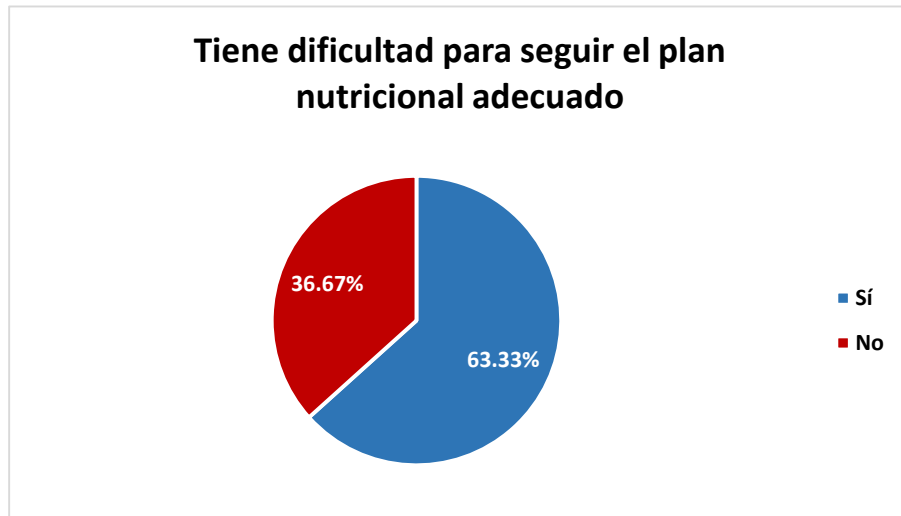
**Relación entre la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 que asisten al Club de diabéticos, del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015.**

**Distribución de soy capaz de frenar mis impulsos mis impulsos de ingerir alimentos que afectan negativamente mi diabetes.**

<b>Soy capaz de frenar mis impulsos de ingerir alimentos que afectan negativamente mi diabetes</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No puedo hacerlo	1	3.3	3.3	3.3
Relativamente seguro de poder hacerlo	4	13.3	13.3	16.7
Completa seguridad en poder hacerlo	25	83.3	83.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

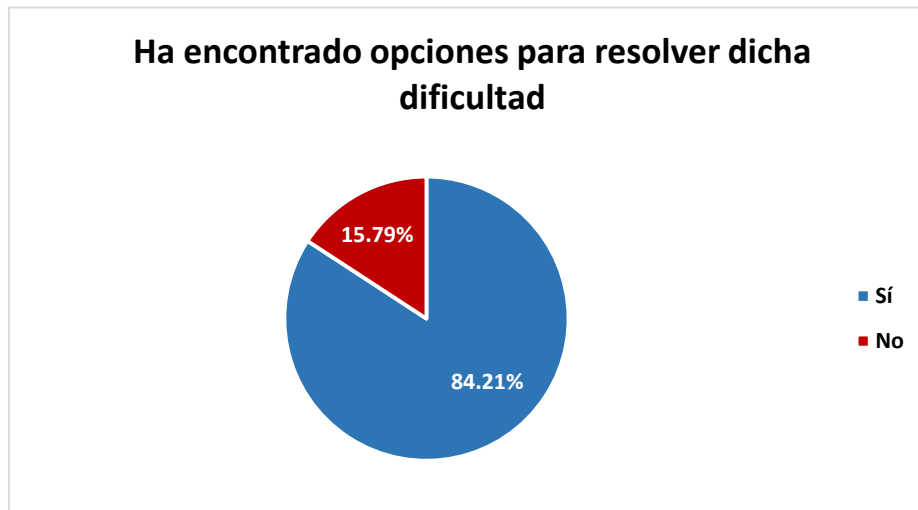
Fuente. Instrumentos de recolección de datos

**Gráfica 26. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según dificultad para seguir el plan nutricional adecuado, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



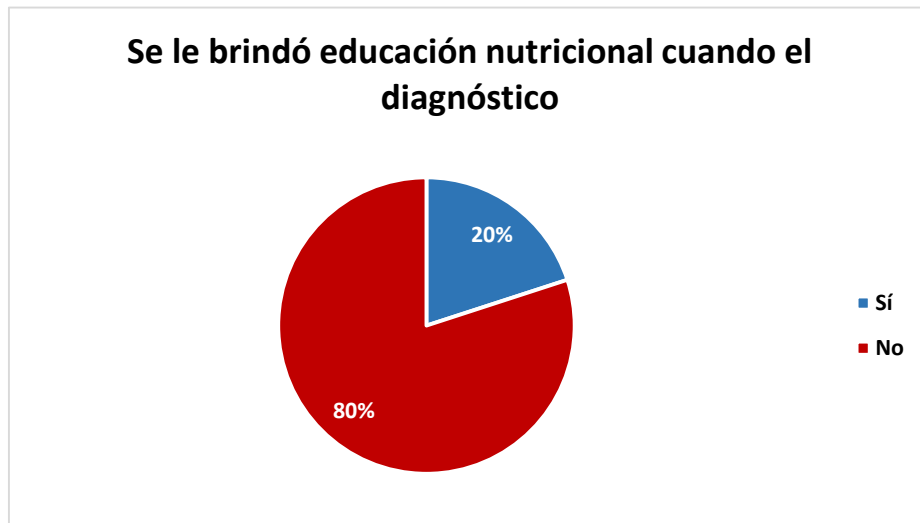
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 27. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según si ha encontrado opciones para resolver dicha dificultad, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



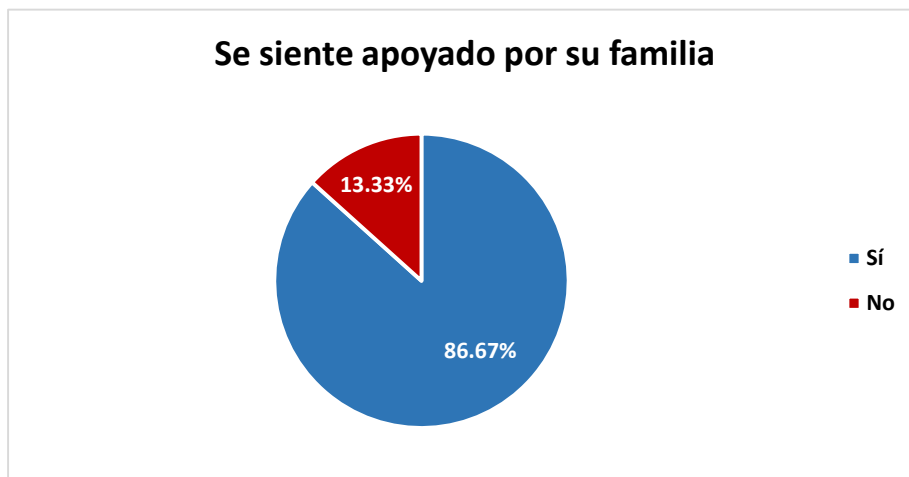
Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 28. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según se le brindó educación nutricional cuando el diagnóstico, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 29. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según si se apoyado por su familia, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Tabla 3.**

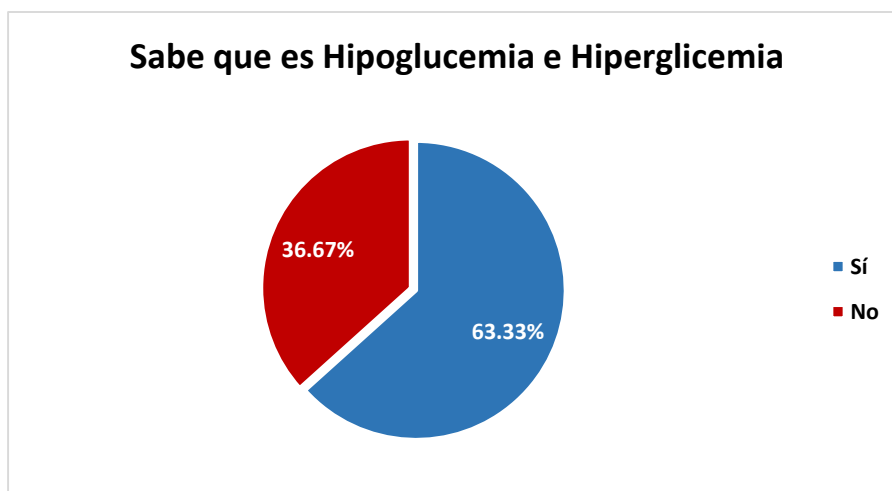
**Relación entre la calidad de vida de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y 2 que asisten al Club de diabéticos, del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015.**

**Distribución de soy capaz de informarme acerca de mi condición.**

		<b>Soy capaz de informarme acerca de mi condición</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No puedo hacerlo	1	3.3	3.3	3.3
	Relativamente seguro de poder hacerlo	3	10.0	10.0	13.3
	Completa seguridad en poder hacerlo	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Fuente. Instrumentos de recolección de datos

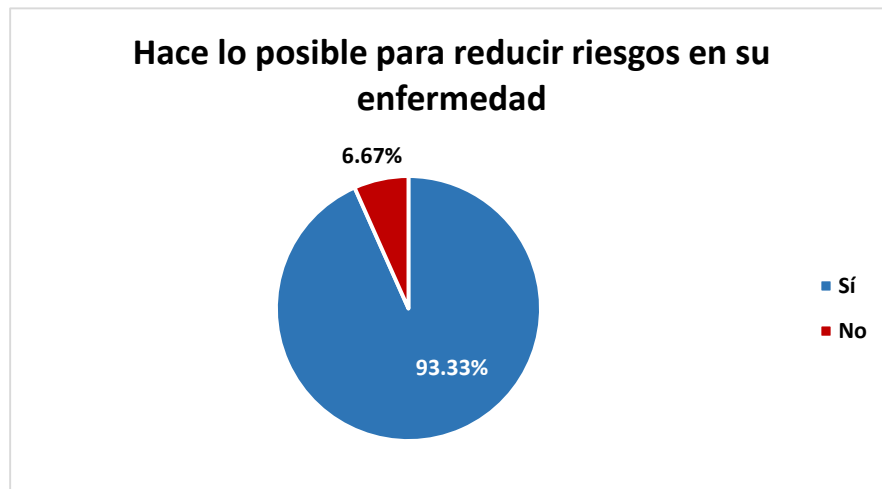
**Gráfica 30. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes sabe que es hipoglucemia e hiperglicemia, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

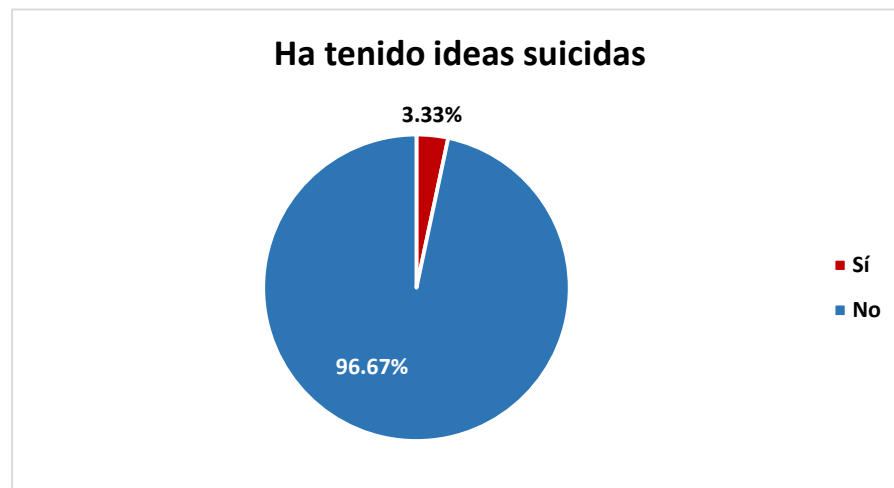


**Gráfica 31. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según hace lo posible para reducir riesgos en su enfermedad, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 32. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes según ha tenido ideas suicidas, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos

**Gráfica 33. Distribución porcentual de las personas entrevistadas con diabetes considera importante el apoyo psicológico al momento del diagnóstico, Club de Diabéticos, Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón 2015**



Fuente. Tabla de datos