



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

**FATALISMO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO
2 DE MIXQUIAHUALA DE JUÁREZ HIDALGO**

Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

Vanessa Marcelo Bautista

Director(a)

Dr. Geu Salome Mendoza Catalán

Codirector(a)

Dr. Itallo Carvalho Gomes

Comité tutorial

Dra. Julieta Ángel García

Dr. Diego Estrada Luna

Mtro. Cristian Amaury Revoreda Montes

Pachuca de Soto, Hgo., México., 18 de Mayo de 2026.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**FATALISMO Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON DIABETES TIPO
2 DE MIXQUIAHUALA DE JUÁREZ HIDALGO**

Presenta

Vanessa Marcelo Bautista

A T E N T A M E N T E

Pachuca, Hgo., 18 de Mayo de 2026.

“Amor, Orden y Progreso”

Sinodales

Presidente Dra. Julieta Ángel García

Secretario Dr. Diego Estrada Luna

Vocal 1 Dr. Geu Salome Mendoza Catalan

Vocal 2 Dr. Itallo Carvalho Gomes

Vocal 3 Mtro. Cristian Amaury Revoreda Montes

Índice

Capítulo I	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Pregunta de Investigación	3
1.3 Objetivo General	3
1.3.1 Objetivos Específicos.....	4
1.4 Hipótesis	4
1.5 Marco Teórico.....	4
1.6 Estudios Relacionados	9
1.7 Operacionalización de las Variables	12
Capítulo II	13
2.1 Diseño del Estudio	13
2.2 Población.....	13
2.3 Muestreo y Muestra	13
2.4 Criterios de Selección	13
2.5 Instrumento	14
2.6 Procedimiento de Recolección de Datos.....	15
2.7 Consideraciones Éticas	15
2.8 Plan de Análisis Estadístico	18
Capítulo III.....	19
3.1 Características de los participantes	19
3.2 Confiabilidad de Instrumentos	20

3.3 Pruebas de Normalidad	20
3.4 Estadística descriptiva de las variables	21
3.5 Análisis Inferencial	22
Capítulo IV.....	23
4.1 Discusión.....	23
4.2 Conclusión	25
4.3 Limitaciones.....	25
4.4 Sugerencias	26
Referencias bibliográficas:.....	27
Apéndices.....	30
Apéndice A. Consentimiento informado	30
Apéndice C. Cédula de Datos	32
Cédula de datos	32
Apéndice D. Instrumentos de medición.....	33

Autorización de impresión



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Enfermería

Department of Nursing

Of.Núm. 196

Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuky del Rocio Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
PRESENTE.

El Comité tutorial de la tesis titulada **"Fatalismo y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo"**, realizado por la sustentante **VANESSA MARCELO BAUTISTA** con número de cuenta 440888, perteneciente al programa de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**, una vez revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 10, fracción III del Reglamento de titulación, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Titulación y con el establecido en el proceso del grado vigente.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"
San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 06 de abril de 2026




Dr. Geu Salome Mendoza Catalán
Director de Tesis


Dr. Wallo Carvalho Gomes
Co-director de Tesis


Dr. Diego Estrada Luna
Miembro del comité


Mtro. Cristian Amaury Revoreda
Montes
Miembro del comité


Dra. Julieta Ángel García
Miembro del comité



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41525, 41526
enfermeria@uaeh.edu.mx

Carta de agradecimiento

Con profundo reconocimiento extiendo mi mas gran sincera gratitud a mi asesor de tesis el Dr. Geu Salome Mendoza Catalán por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad intelectual y conocimiento. Por tener paciencia en todo este proceso del desarrollo de la tesis, así como siempre apoyarme en cada paso.

Agradezco a la Doctora Penélope, directora de la UMF NO.26 de Mixquiahuala Hidalgo, por su apoyo incondicional para llevar a cabo la presente investigación. Y finalmente agradezco las personas que se dieron el tiempo para contestar dichas encuestas, su aportación fue muy valiosa para el desarrollo de esta tesis, sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo dicha investigación y con ello contribuir a la prevención, promoción de la salud en pacientes con diabetes tipo 2.

Dedicatoria

Agradezco a mi Madre. Amparo Bautista por siempre confiar en mí, alentarme cuando ni yo confiaba, por su apoyo desde que elegí la carrera, agradecer por sus consejos, valores que me inculco desde pequeña ya que actualmente han sido mi camino, por siempre incitarme a ser mejor cada día y siempre seguirme en mis pasos desde el cielo.

A mi Padre. Jorge Marcelo el mejor Papá que Dios me pudo dar, le agradezco por su sacrificio y apoyo incondicional para salir a delante, por sus consejos de nunca rendirme y siempre dar lo mejor de mí y un poco más día con día. Por siempre mirar hacia adelante, aunque nuestro mundo se venga abajo, Y recordar que siempre tendré tu apoyo y nunca me dejaras sola, gracias por siempre estar orgullo de mi desde el día 1.

A mis Hermanos. Aiko y Jorge por creer en mí y en mis capacidades. Por ser ambos el mejor regalo que Dios pudo mandarme y ser mis cómplices, por estar en los momentos más complicados de la carrera, por escucharme cuando ocupaba algún consejo.

A mi otra mamá, mi Abuela Mari. por darme consejos, por escucharme y acompañarnos siempre en nuestro camino a mi papa y a mis hermanos en los momentos difíciles, estando presente y orgullosa de nuestros logros.

Gracias a todos por siempre estar y confiar en mí. Mis logros también son sus logros.

Resumen

Introducción: La diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica de alta prevalencia a nivel mundial que requiere un adecuado autocuidado para prevenir complicaciones y mantener el control glucémico. Sin embargo, diversos factores psicosociales pueden influir en la adherencia a estas conductas. Entre ellos, el fatalismo se ha identificado como una creencia que puede afectar la percepción de control sobre la enfermedad y, en consecuencia, el cumplimiento del autocuidado. **Objetivo:** Analizar la relación entre las creencias fatalistas y el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional realizado en 248 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2. La media de edad fue de 56.4 años (DE = 13.0) y el promedio de años de diagnóstico fue de 10.9 (DE = 8.1). El autocuidado se evaluó mediante el *Summary of Diabetes Self-Care Activities* y el fatalismo con la *Diabetes Fatalism Scale*. Se realizaron análisis descriptivos y correlaciones de Spearman. **Resultados:** En las prácticas de autocuidado, la conducta con mayor cumplimiento fue la toma de medicamentos o insulina (M = 6.6, DE = 0.9), mientras que el automonitoreo de glucosa en sangre presentó la menor frecuencia (M = 2.1, DE = 1.7). En cuanto a las creencias fatalistas, la dimensión con mayor puntuación fue el afrontamiento religioso (M = 3.5, DE = 1.3). Se identificó una correlación negativa entre el fatalismo total y el autocuidado general ($r = -.150$, $p < .05$). Asimismo, la dimensión de falta de autoeficacia mostró asociaciones negativas con varias prácticas de autocuidado, mientras que el afrontamiento religioso se relacionó positivamente con algunas de ellas. **Conclusiones:** Las creencias fatalistas se relacionan con el cumplimiento del autocuidado en personas con DT2. Identificar y abordar estos factores psicosociales puede contribuir al diseño de intervenciones de enfermería orientadas a fortalecer la autoeficacia y mejorar las conductas de autocuidado.

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica no transmisible que se desarrolla cuando los niveles de glucosa en sangre se elevan debido a una producción insuficiente de insulina o a una utilización ineficaz de esta por parte del organismo. La deficiencia de insulina o la incapacidad de las células para responder adecuadamente a ella provoca hiperglucemia sostenida, lo que conlleva a múltiples complicaciones metabólicas (Asociación Americana de Diabetes, 2026). La DT2 es el tipo más frecuente de diabetes y representa más del 90% de los casos a nivel mundial. Actualmente, constituye la octava causa principal de carga de enfermedad y se proyecta que para el año 2050 se convierta en la segunda de mortalidad (Federación Internacional de Diabetes, 2025).

A nivel global, el 10.5% de la población (536 millones de personas) vive con diabetes, y se estima que esta cifra aumente al 12.2% (783 millones) para el año 2045 (Federación Internacional de Diabetes, 2025). La región de América del Norte y el Caribe presenta la segunda prevalencia más alta de diabetes en el mundo (15.1%), además de registrar el mayor gasto sanitario relacionado con su tratamiento (439,000 millones de dólares) y una elevada mortalidad atribuible a la enfermedad (21.4%) (Federación Internacional de Diabetes, 2025). En México, la prevalencia de diabetes es de 18.3%; sin embargo, aproximadamente el 60% de las personas con la enfermedad presentan descontrol glucémico ($HbA1c \geq 8\%$). Asimismo, únicamente el 20% cumple adecuadamente con su tratamiento, y el 26.3% de las muertes por enfermedades no transmisibles se atribuyen a hiperglucemias (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2023).

Las complicaciones asociadas a la DT2 pueden prevenirse o retrasarse mediante un adecuado autocuidado. Este implica la adopción de conductas orientadas al control metabólico, como la vigilancia de la ingesta de carbohidratos y fibra, la reducción del consumo de azúcares y el mantenimiento de un peso saludable. De igual forma, se recomienda la realización de actividad física al menos tres veces por semana durante un mínimo de 30 minutos, ajustada a las condiciones y necesidades individuales. Resulta fundamental la adherencia a la medicación prescrita, así como la vigilancia de posibles efectos adversos para su oportuna notificación al profesional de salud. Además, se sugiere procurar un descanso adecuado, idealmente de al menos ocho horas diarias, dado que el sueño influye en el control glucémico y en la capacidad para mantener prácticas de autocuidado (Asociación Americana de Diabetes, 2026).

Estudios realizados en México han reportado baja adherencia terapéutica farmacológica y en el autocuidado (bajos niveles de actividad física, alimentación no recomendada y escasa adherencia al ejercicio regular) lo cual se asocia con descontrol glucémico en la DT2 (García-Pérez et al., 2019; López-García et al., 2020; Sánchez-Ortiz et al., 2021; Martínez-Vega et al., 2017; Arteaga-Rojas, E., Martínez-Olivares, M. V., & Romero-Quechol, 2019). En cuanto al autocuidado, se identifican deficiencias en el conocimiento sobre la enfermedad y problemas a largo plazo para mantener, monitorear y gestionar el autocuidado en la vida diaria (Reyes-Morales et al., 2018; Pérez-Martínez, 2024). Por lo cual, al no cumplir adecuadamente su autocuidado y no tener un buen control glucémico, incrementan el riesgo de desarrollar o presentar diversas complicaciones como las enfermedades o eventos cardiovasculares (Pérez-Martínez, 2024; Velázquez-López et al., 2022). Por lo que es necesario identificar dentro de los aspectos psicosociales, que factor pudiera influir en el bajo autocuidado en personas con DT2.

En este contexto, el fatalismo emerge como un factor psicosocial relevante. El fatalismo se define como la creencia de que el curso del destino es inmodificable y que los

acontecimientos de la vida escapan al control personal (Espinosa De Los Monteros, K., & Gallo, L. C. (2013). En el ámbito de la salud, se conceptualiza como un conjunto de creencias y actitudes pesimistas respecto a la enfermedad, la búsqueda de atención médica y las conductas preventivas, pero también como una estrategia de afrontamiento (Salazar-Collier, et al., 2021; Abraído-Lanza, et al., 2007). Desde esta perspectiva, la evolución de la enfermedad se atribuye a fuerzas incontrolables como el destino, la voluntad divina o el castigo, lo que puede traducirse en menor adherencia al tratamiento, escasas prácticas de autocuidado, peor control glucémico y una disminución en la calidad de vida en personas con DT2 (Asuzu, et al., 2017; Mendoza-Catalán, et al., 2023).

Para enfermería es importante el abordaje del autocuidado de la DT2 para mantener un buen control glucémico y prevenir complicaciones a corto y largo plazo, por lo que es necesario el investigar los posibles factores que influyen en el no cumplimiento del autocuidado de esta enfermedad crónica. Y así mismo, promover intervenciones que puedan influir en las creencias fatalistas y, por lo tanto, mejorar el autocuidado (Abbott, et al., 2021), así como recomendar la evaluación de este tipo de creencias en primer y segundo nivel en personas con descontrol glucémico o bajo cumplimiento del autocuidado en la DT2.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación entre el fatalismo y el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo?

1.3 Objetivo General

Analizar la asociación entre el fatalismo y el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.
2. Describir las creencias fatalistas de los adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.
3. Describir el autocuidado de los adultos con diabetes tipo 2 de Mixquiahuala de Juárez Hidalgo.

1.4 Hipótesis

H1: Las creencias fatalistas se asocian negativamente con el cumplimiento del autocuidado en adultos con diabetes tipo 2.

H0: Las creencias fatalistas no se asocian con el cumplimiento del autocuidado en adultos con diabetes tipo 2.

1.5 Marco Teórico

1.5.1 Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica que se presenta cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede utilizar eficazmente la insulina que produce. Esta alteración se caracteriza por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia), lo que con el tiempo puede provocar daños graves en diferentes órganos y sistemas del cuerpo, particularmente en los nervios y los vasos sanguíneos. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el daño renal, las alteraciones visuales y las neuropatías. La clasificación de la diabetes es fundamental para determinar el tratamiento más adecuado para cada persona (World Health Organization, 2024).

1.5.2 Tipos de diabetes

Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 se origina por la destrucción autoinmune de las células β del páncreas, lo que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina. Como consecuencia, el páncreas deja de producir esta hormona, por lo que las personas con este tipo de diabetes requieren la administración de insulina para poder utilizar la glucosa proveniente de los alimentos (American Diabetes Association, 2021).

Aunque es más frecuente en niños y adolescentes, también puede presentarse en adultos. En estos casos, la enfermedad puede mostrar un curso más variable y algunos pacientes pueden experimentar una remisión temporal de la necesidad de insulina. Entre las características clínicas que ayudan a diferenciar la diabetes tipo 1 se encuentran la edad temprana al diagnóstico, el índice de masa corporal bajo, la pérdida de peso involuntaria, la presencia de cetoacidosis y niveles elevados de glucosa en sangre al momento del diagnóstico (American Diabetes Association, 2021).

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 se caracteriza por una pérdida progresiva de la secreción adecuada de insulina por las células β , generalmente asociada a resistencia a la insulina. En esta condición, el organismo produce insulina, pero las células no responden adecuadamente a su acción, lo que provoca una acumulación de glucosa en la sangre.

Este tipo de diabetes representa más del 90% de los casos diagnosticados en el mundo y su desarrollo se asocia con factores como el sedentarismo, la obesidad y una alimentación poco saludable. En muchos casos, la enfermedad puede retrasarse o prevenirse mediante la adopción de estilos de vida saludables, como la alimentación equilibrada, el control del peso corporal y la práctica regular de actividad física (American Diabetes Association, 2021; World Health Organization, 2024).

Diabetes mellitus gestacional

La diabetes gestacional es una de las complicaciones metabólicas más frecuentes durante el embarazo. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 1% y el 14%, siendo América Latina una de las regiones con mayor susceptibilidad. Esta condición se desarrolla cuando existe resistencia a la insulina acompañada de una hiperinsulinemia compensatoria; cuando este mecanismo falla, se produce hiperglucemia, la cual suele detectarse entre las semanas 24 y 28 de gestación.

Las mujeres que presentan diabetes gestacional tienen entre un 35% y un 60% de probabilidad de desarrollar diabetes mellitus en los 10 a 20 años posteriores al embarazo. Entre los principales factores de riesgo se encuentran la edad materna mayor de 25 años, el sobrepeso previo al embarazo, antecedentes familiares de diabetes, abortos previos, macrosomía fetal y multiparidad (Grettchen, s. f.).

1.5.3 Autocuidado en diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere un manejo continuo por parte del paciente. Una vez diagnosticada, es fundamental mantener adherencia al tratamiento farmacológico y realizar prácticas de autocuidado que permitan mantener los niveles de glucosa dentro de rangos adecuados y prevenir complicaciones a corto y largo plazo (Ardón-Mejía & López-Rodríguez, 2024). El autocuidado incluye acciones orientadas al control de la enfermedad como la alimentación saludable, la práctica de actividad física, el monitoreo de glucosa, la adherencia al tratamiento farmacológico y el cuidado de los pies. Estas conductas contribuyen a mejorar el control metabólico y a reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes (Toobert et al., 2000).

Alimentación

La alimentación constituye un componente fundamental en el manejo de la diabetes. La terapia de nutrición médica consiste en la planificación individualizada de la dieta, diseñada por

profesionales de la salud, especialmente nutriólogos o dietistas, con el objetivo de mejorar el control glucémico, mantener un peso saludable y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad (American Diabetes Association, 2021).

Asimismo, la educación para el autocontrol de la diabetes (Diabetes Self-Management Education and Support, DSMES) proporciona herramientas que ayudan a las personas a implementar su plan de tratamiento, mejorar la adherencia terapéutica y fortalecer el autocuidado (Edelman et al., 2023).

Actividad física

La actividad física regular es una de las estrategias más efectivas para mejorar el control glucémico y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Se recomienda que los adultos con sobrepeso u obesidad participen en programas de modificación del estilo de vida, con el objetivo de lograr una reducción del peso corporal mediante dieta saludable y al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana (Edelman et al., 2023; American Diabetes Association, 2021).

Adherencia al tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en la diabetes depende del estadio de la enfermedad y de las características clínicas de cada paciente. Es fundamental que las personas comprendan la importancia de seguir correctamente su tratamiento, respetando dosis, horarios y vía de administración, ya que una baja adherencia puede contribuir al descontrol glucémico y al desarrollo de complicaciones (Ardón-Mejía & López-Rodríguez, 2024).

Automonitoreo de glucosa

El automonitoreo de la glucosa en sangre permite a los pacientes conocer sus niveles de glucosa y evaluar la eficacia del tratamiento. Esta práctica facilita la toma de decisiones relacionadas con la alimentación, el ejercicio y la medicación, además de ayudar a prevenir episodios de hiperglucemia o hipoglucemia (American Diabetes Association, 2021).

Cuidado de los pies

Las personas con diabetes tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones en las extremidades inferiores debido a la neuropatía y a los problemas de circulación. Por esta razón, es fundamental realizar revisiones periódicas de los pies, mantener una adecuada higiene y prevenir lesiones que puedan derivar en infecciones, úlceras o amputaciones (Ardón-Mejía & López-Rodríguez, 2024).

Suspensión del consumo de tabaco

El tabaquismo incrementa significativamente el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y agrava las complicaciones asociadas a la enfermedad. La nicotina altera el funcionamiento de las células β del páncreas, afecta la producción de insulina y contribuye al desarrollo de resistencia a la insulina, lo que puede empeorar el control glucémico (World Health Organization, 2019).

1.5.4 Complicaciones de la diabetes tipo 2

Las complicaciones de la diabetes tipo 2 están asociadas con el daño progresivo en los vasos sanguíneos y en los nervios. Entre las más frecuentes se encuentran la nefropatía diabética, la retinopatía, las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal y las lesiones en los pies que pueden derivar en infecciones, úlceras o amputaciones (World Health Organization, 2024; American Diabetes Association, 2021).

1.5.5 Creencias fatalistas

Las creencias fatalistas se refieren a la percepción de que los eventos de la vida están predeterminados y que las personas tienen poca capacidad para modificar su curso. En el ámbito de la salud, estas creencias pueden influir en la forma en que los individuos perciben su enfermedad y su capacidad para manejarla.

Cuando las personas consideran que el desarrollo o las complicaciones de la enfermedad dependen del destino, de fuerzas externas o de factores inevitables, pueden mostrar menor motivación para realizar conductas de autocuidado o adherirse al tratamiento. En consecuencia,

estas creencias pueden afectar negativamente el control de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus (Espinosa de los Monteros & Gallo, 2013; Egede & Ellis, 2010).

1.6 Estudios Relacionados

Espinosa de los Monteros y Gallo (2013) examinaron la relación entre fatalismo y disfunción cardiometabólica en mujeres mexicoamericanas. Se desarrolló un estudio cuantitativo con mediciones clínicas y cuestionarios psicológicos. Los resultados indicaron que mayores niveles de fatalismo se asociaron con indicadores desfavorables de salud cardiometabólica. Se concluye que las creencias fatalistas pueden influir en conductas relacionadas con la salud y contribuir al riesgo cardiometabólico en poblaciones latinas

Arteaga-Rojas et al. (2019) analizaron las prácticas de autocuidado en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio descriptivo en adultos atendidos en servicios de salud utilizando un cuestionario de autocuidado. Los resultados mostraron que las conductas más frecuentes se relacionaron con la toma de medicamentos, mientras que la actividad física y el monitoreo de glucosa fueron las prácticas menos realizadas. Se concluye que es necesario fortalecer la educación en salud para mejorar las conductas de autocuidado en personas con diabetes.

Sukkarieh-Haraty et al. (2019) evaluaron la relación entre fatalismo en diabetes, especialmente el componente de angustia emocional, y el control glucémico en pacientes libaneses con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio transversal con adultos atendidos en servicios de salud, utilizando la Diabetes Fatalism Scale y mediciones de HbA1c. Los resultados indicaron que niveles más altos de fatalismo y angustia emocional se asociaron con un peor control glucémico. Se concluye que el fatalismo constituye un factor psicológico relevante que puede influir negativamente en el control metabólico.

Asuzu et al. (2017) evaluaron las vías de relación entre distrés por diabetes, depresión, fatalismo y control glucémico en adultos con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio transversal

con análisis de modelos estructurales. Los resultados mostraron que el fatalismo se relacionó con mayor depresión y distrés diabético, los cuales influyeron negativamente en el control glucémico. Los autores concluyen que el impacto del fatalismo en la diabetes ocurre principalmente a través de factores psicológicos que afectan el autocuidado.

Abbott et al. (2021) tuvieron como objetivo analizar la relación entre fatalismo, apoyo social y percepciones de autocontrol en personas afroamericanas rurales con diabetes o prediabetes. Se realizó un estudio cuantitativo transversal con adultos de comunidades rurales. Los resultados mostraron que mayores niveles de fatalismo se asociaron con percepciones más bajas de autoeficacia para el manejo de la enfermedad, mientras que el apoyo social se relacionó positivamente con el autocontrol. Se concluyó que el fatalismo puede constituir una barrera para el manejo efectivo de la diabetes, por lo que fortalecer el apoyo social podría mejorar las conductas de autocuidado.

Salazar-Collier et al. (2021) exploraron la relación entre fatalismo, religiosidad y participación en programas de manejo de diabetes en adultos mexicoamericanos. Se realizó un estudio transversal con participantes de un programa educativo para diabetes. Los resultados mostraron diferencias por género en los niveles de fatalismo y religiosidad, así como su asociación con el compromiso en el programa. Los autores concluyen que la religiosidad y las creencias fatalistas influyen en la forma en que los pacientes se involucran en el manejo de la enfermedad.

Salazar-Collier et al. (2021) tuvieron como objetivo explorar la relación entre fatalismo, religiosidad y el nivel de participación en un programa de manejo de diabetes tipo 2 en adultos mexicoamericanos, considerando diferencias por género. Se realizó un estudio transversal con participantes inscritos en un programa educativo para el control de la diabetes. Los resultados mostraron que el fatalismo y la religiosidad variaron según el género y el grado de compromiso con el programa, observándose que una mayor participación se asoció con menores niveles de

fatalismo. Los autores concluyen que comprender las creencias religiosas y fatalistas puede contribuir a diseñar intervenciones culturalmente sensibles para mejorar el manejo de la diabetes.

Mendoza-Catalán et al. (2023) analizaron la relación entre creencias fatalistas, conductas de autocuidado y niveles de HbA1c en hombres mexicanos con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio transversal en pacientes adultos utilizando escalas de fatalismo y autocuidado. Los resultados mostraron que mayores niveles de fatalismo se asociaron con menores prácticas de autocuidado y con niveles más altos de HbA1c. Los autores concluyen que el fatalismo puede afectar negativamente el control metabólico a través de su influencia en las conductas de autocuidado.

Yeni et al. (2025) analizaron la relación entre fatalismo en salud y el autocontrol de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas. Se realizó un estudio cuantitativo transversal con pacientes diagnosticados con diversas enfermedades crónicas, utilizando escalas de fatalismo y de autogestión de la salud. Los resultados mostraron que mayores niveles de fatalismo se relacionaron con menores niveles de conductas de autocuidado y autogestión. Los autores concluyen que el fatalismo puede actuar como una barrera psicológica para el manejo adecuado de enfermedades crónicas.

Pérez-Hernández et al. (2026) evaluaron la relación entre fatalismo, autocuidado de los pies y riesgo de pie diabético en adultos mexicanos con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio correlacional en pacientes atendidos en servicios de salud. Los resultados indicaron que niveles elevados de fatalismo se asociaron con menor práctica de cuidado de los pies y mayor riesgo de desarrollar pie diabético. Se concluye que las creencias fatalistas pueden influir negativamente en conductas preventivas importantes para evitar complicaciones.

1.7 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Nivel de medición	Dimensión	Escala de medición
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a hombres y mujeres.	Cualitativa a dicotómica	Nominal —		Hombre / Mujer
Estado civil	Situación jurídica y social que indica si una persona tiene o no vínculo conyugal.	Cualitativa policotómica	Nominal —		Soltero(a), Casado(a), Unión libre, Otro
Ocupación	Actividad laboral o productiva que realiza una persona para obtener ingresos o desempeñar un rol social. (Foundit, 2025)	Cualitativa policotómica	Nominal —		Desempleado(a), Ama de casa, Jubilado, Empleado
Escolaridad	Nivel máximo de estudios formales que una persona ha acreditado dentro del sistema educativo. (Diccionario del Español de México, s. f.)	Cualitativa policotómica	Ordinal —		Analfabeta, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Universidad
Nivel socioeconómico	Condición social y económica que refleja los recursos, ingresos y condiciones de vida de una persona o familia. (Porto & Gardey, 2021)	Cualitativa a dicotómica	Ordinal —		Bajo, Medio
Tratamiento	Conjunto de intervenciones terapéuticas utilizadas para el control de la diabetes mellitus tipo 2.	Cualitativa policotómica	Nominal —		Pastillas, Insulina, Pastillas e insulina
Autocuidado en diabetes	Conjunto de conductas realizadas por las personas con diabetes para controlar su enfermedad y prevenir complicaciones. (Toobert et al., 2000)	Cuantitativa	Intervalo	Dieta, Ejercicio, Automonitoreo de glucosa, Cuidado de pies, Toma de medicamentos	Escala SDSCA (0–7 días por semana)
Creencias fatalistas en diabetes	Conjunto de creencias pesimistas que reflejan la percepción de falta de control sobre la enfermedad y su evolución. (Egede & Ellis, 2010)	Cuantitativa	Intervalo	Angustia emocional, Afrontamiento religioso, Falta de autoeficacia	Escala tipo Likert (1–6 puntos)

Capítulo II

Metodología

2.1 Diseño del Estudio

La presente investigación se realizó con un enfoque cuantitativo con diseño transversal y correlacional. En el cual se buscó reconocer la relación entre dos variables, las creencias fatalistas y el autocuidado en adultos con DT2

2.2 Población

La población fueron personas adultas con diagnóstico previo de DT2 derechohabientes al *Instituto Mexicano del Seguro Social* IMSS no 26, en Mixquiahuala de Juárez Hidalgo, hombres y mujeres de 20 años o más, y que contarán con más de 1 año de diagnóstico de la DT2.

2.3 Muestreo y Muestra

La muestra se calculó con el programa G-Power para un análisis de correlación considerando un tamaño de efecto de .08, una confiabilidad de 95% y un poder de .90, lo que resultó en 236 participantes, a lo cual, se le incrementó un 10% de no participación dando como resultado final de 259 participantes. El tipo de muestreo que se utilizó fue no probabilístico por conveniencia.

2.4 Criterios de Selección

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de DT2, hombres y mujeres con al menos 1 año a más años de evolución, con edad de 20 años o más, derechohabientes del sistema de Salud IMSS no. 26 y que en el momento de la encuesta no presentaran algún problema agudo (dolor o malestar) que les dificultará participar y responder los cuestionarios

Se excluyeron a personas que presentaron algún padecimiento agudo en el momento de la encuesta como dolor o malestar general por gripe, dolor de cabeza, náuseas, vómito, y aquellos que no dieron su autorización escrita para la aplicación de la encuesta.

2.5 Instrumento

Se creó una cedula de datos sociodemográfica, antropométrica y clínica en la cual, se les preguntaron los siguientes datos: edad, sexo, ocupación, ultimo grado de estudios, nivel socioeconómico, estado civil. Las medidas antropométricas que se evaluaron fueron peso, estatura, IMC y circunferencia de cintura. Las variables clínicas fueron años de diagnóstico de DT2 y tipo de tratamiento actual.

2.5.1 Escala de Fatalismo en Diabetes

La escala está conformada por 12 ítems, dividida en tres dimensiones: angustia emocional, afrontamiento religioso y autoeficacia (Egede & Ellis, 2010). Los ítems se responden con una escala tipo likert que va de 1 a 6 puntos, en donde 1 significa totalmente en desacuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Los ítems del 6 al 12 se recodifican. Para este cuestionario no existen puntos de corte, su interpretación se define como a mayor puntuación, mayor fatalismo en diabetes y a menor puntuación, menor fatalismo en diabetes. Se ha reportado un alfa de Cronbach de .80 (Egede & Ellis, 2010).

2.5.2 Cuestionario de Actividades de Autocuidado en Diabetes

Consiste en 12 preguntas orientadas al cumplimiento de los últimos 7 días previos a la encuesta (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000). La cual evalúa 5 conductas de autocuidado en diabetes; dieta, ejercicio, automonitoreo de glucosa, cuidado de los pies y adherencia al tratamiento farmacológico. El cuestionario tiene puntuaciones que van de 0 a 7 días de cumplimiento. El ítem 4, requiere ser recodificado. Para este estudio, se envió la sumatoria de las puntuaciones generales o por dimensiones, se optó por promedio para que todas pudieran tener la misma escala de 0 a 7 días de cumplimiento. Se ha reportado un alfa de Cronbach de .72 (Mendoza-Catalán et al., 2023).

2.6 Procedimiento de Recolección de Datos

En la Unidad Médica, la investigadora se acercaba a las personas que acudían a consulta de medicina familiar, se presentaba y solicitaba información sobre el motivo de la consulta, con el fin de confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2 y verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión. Una vez identificados los posibles participantes, se les invitaba a formar parte del estudio. A quienes aceptaban participar se les entregaba el consentimiento informado, el cual se leía de manera conjunta; posteriormente, se resolvían las dudas que pudieran surgir. Una vez aclaradas, se solicitaba autorización verbal y física como la firma del consentimiento. Posteriormente, se procedía a la aplicación de los instrumentos, iniciando con la cédula de datos sociodemográficos y de las mediciones antropométricas correspondientes, seguida de la escala de autocuidado en diabetes y la escala de fatalismo en diabetes. Las encuestas se aplicaron en un espacio privado, en el que únicamente estaban presentes el participante y/o cuidador primario y la investigadora, con el propósito de garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (ICSa/276/2025).

2.7 Consideraciones Éticas

La presente investigación se condujo conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, en concordancia con la Ley General de Salud y su Reglamento en materia de investigación para la salud. Dichas disposiciones son de observancia obligatoria para todo profesional, institución o establecimiento que realice investigación en seres humanos, garantizando el respeto a la dignidad, derechos y bienestar de los participantes.

En apego a lo dispuesto en el Artículo 13, se respetó en todo momento la dignidad y el bienestar de los participantes, asegurando un trato ético, profesional y respetuoso. Se explicó

de manera clara el objetivo del estudio, así como los procedimientos y actividades a realizar. La participación fue voluntaria y estuvo sustentada mediante la firma del consentimiento informado, el cual protegió la autonomía, la libre decisión y los derechos humanos de los participantes, garantizando la confidencialidad y el anonimato de la información recabada.

Con fundamento en el Artículo 14, la investigación tuvo como finalidad contribuir al conocimiento científico y fortalecer acciones orientadas a mejorar la salud de las personas con diabetes tipo 2. La información fue recabada de manera directa con los participantes y, en casos necesarios, con el cuidador primario. No existió intervención médica ni modificación de tratamientos; únicamente se realizaron recomendaciones generales sobre hábitos higiénico-dietéticos al término de la aplicación de los instrumentos. Previamente al inicio del estudio, se solicitó autorización formal al director de la unidad médica mediante oficio institucional. Los cuestionarios se aplicaron en momentos oportunos dentro de la unidad, asegurando que la participación fuera voluntaria, anónima y sin repercusiones en la atención médica recibida.

De acuerdo con el Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, evitando la recopilación de datos que permitieran su identificación. La información obtenida fue utilizada exclusivamente con fines académicos y estadísticos. Se garantizó que la participación o negativa a participar no afectaría su atención médica ni su expediente clínico.

En concordancia con el Artículo 17, el estudio se clasificó como investigación sin riesgo, ya que empleó técnicas como entrevistas, cuestionarios y mediciones antropométricas, sin realizar intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas o sociales. No se abordaron aspectos sensitivos de la conducta ni se expuso a los participantes a situaciones que implican daño físico o emocional.

En cumplimiento del Artículo 20, antes de la aplicación de los instrumentos se proporcionó y explicó el consentimiento informado, aclarando dudas y reiterando el carácter voluntario de la participación. Se informó a los participantes que podían retirarse en cualquier

momento sin consecuencia alguna, y que, en caso de hacerlo, su información no sería considerada en el análisis en esta investigación.

Con base en el Artículo 21, los participantes fueron seleccionados conforme a los criterios de inclusión previamente establecidos. Se les explicó que el estudio no implicaba remuneración económica y que su participación tenía fines exclusivamente académicos y científicos. El consentimiento informado fue leído por los participantes, asegurando siempre la comprensión de la información antes de solicitar la firma.

Asimismo, en apego al Artículo 22 y al Artículo 51 Bis 2 de la Ley General de Salud, el consentimiento informado constituyó la manifestación expresa y por escrito de la voluntad del participante para colaborar en el estudio. Este documento incluyó información clara sobre objetivos, procedimientos, riesgos mínimos, beneficios esperados, confidencialidad y derecho a retirarse libremente, garantizando el ejercicio pleno de su derecho a la salud y a la autonomía.

Asimismo, la investigación se condujo de acuerdo con los principios éticos establecidos en el Reporte Belmont (1979), documento fundamental que sentó las bases para los lineamientos internacionales en investigación con seres humanos. Este reporte estableció tres principios éticos rectores: respeto por las personas, beneficencia y justicia, los cuales orientaron el desarrollo del presente estudio.

El principio de respeto por las personas (autonomía) se garantizó mediante la obtención del consentimiento informado, asegurando que cada participante recibiera información clara y suficiente sobre los objetivos, procedimientos y alcances del estudio. Se verificó la comprensión de dicha información antes de solicitar la firma del consentimiento, y se enfatizó el carácter voluntario de la participación. Se respetó en todo momento el derecho de los participantes a retirarse del estudio sin consecuencia alguna. En los casos en que existía alguna limitación visual o dificultad para la lectura, el consentimiento fue leído en voz alta, asegurando su adecuada comprensión. Cuando fue necesario, el cuidador primario brindó autorización

complementaria, sin sustituir la voluntad del participante cuando este se encontraba en pleno uso de sus facultades.

El principio de beneficencia y no maleficencia se observó al clasificar el estudio como investigación sin riesgo, dado que no implicó intervención terapéutica ni modificación de tratamientos médicos. Se procuró minimizar cualquier posible incomodidad durante la aplicación de los cuestionarios y las mediciones antropométricas. Asimismo, se aseguró que los beneficios potenciales del estudio, relacionados con la generación de conocimiento científico y la promoción de mejores prácticas de autocuidado, fueran mayores que cualquier riesgo mínimo asociado a la participación.

Finalmente, el principio de justicia se respetó al ofrecer la misma oportunidad de participación a todas las personas que cumplieran con los criterios de inclusión, sin discriminación por sexo, edad, nivel socioeconómico, religión o condición educativa. La selección de los participantes se realizó de manera equitativa y bajo criterios previamente establecidos. Además, se garantizó que los resultados del estudio tuvieran un propósito académico y social, orientado a contribuir al bienestar de la población con diabetes tipo 2.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

La captura y análisis de los datos se realizaron en el programa SPSS v. 26. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias, desviación estándar, valores mínimos y máximos para las variables continuas. Para los cuestionarios, se reportó el Alfa de Cronbach. Previo al análisis inferencial, a las variables continuas, se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, al encontrar que la mayoría no contaron con una distribución paramétrica, se optó por utilizar la correlación de Spearman.

Capítulo III

Resultados

3.1 Características de los participantes

Participaron 248 participantes, la media de edad fue de 56.4 (DE = 13.0), la mayoría de los participantes fueron mujeres, con estado civil casado, con empleo, con estudios principalmente entre primaria y secundaria, con un nivel socioeconómico medio. Dentro del tratamiento, la mayoría solo toma pastillas y la media de años de diagnóstico de DT2 fue de 10.9 (DE = 8.1), ver tabla 1.

Tabla 1.
Características de los participantes

	f	%
Sexo		
Mujer	127	51.2
Hombre	121	48.8
Estado civil		
Soltero(a)	29	11.7
Casado(a)	126	50.8
Unión libre	51	20.6
Otro	42	16.9
Ocupación		
Desempleado(a)	17	6.8
Ama de casa	89	35.9
Jubilado	37	14.9
Empleado	105	42.3
Educación		
Analfabeta	12	4.8
Primaria	78	31.5
Secundaria	68	27.4
Preparatoria	48	19.4
Universidad	42	16.9
Socioeconómico		
Bajo	47	19.0
Medio	201	81.0
Tratamiento		
Pastillas	152	61.3
Insulina	27	10.9
Pastillas e insulina	69	27.8

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje

3.2 Confiabilidad de Instrumentos

De acuerdo a la confiabilidad de los cuestionarios, ambos reportaron buenos niveles de confiabilidad, ver tabla 2.

Tabla 2.

Confiabilidad de los cuestionarios utilizados

	No ítems	Alfa de Cronbach
Autocuidado en diabetes	12	.746
Fatalismo en diabetes	12	.895

3.3 Pruebas de Normalidad

En la Tabla. 3, se observa que, al realizar la prueba de normalidad a las variables continuas, solo la edad y el autocuidado resultaron presentar una distribución normal. Por lo tanto, para el objetivo general se optó por estadística no paramétrica.

Tabla 3.

Prueba de normalidad de las variables de estudio

	Edad	AD	CC	Fat	Ang	AR	AE	AC	Dieta	Ejercicio	AG	Pies	AM
Estadístico	.044	.133	.091	.070	.181	.153	.320	.056	.117	.140	.206	.392	.467
<i>p</i>	.200	.000	.000	.005	.00	.000	.000	.060	.000	.000	.000	.000	.000

Nota: AD = años de diagnóstico, CC = circunferencia de cintura, Fat = Fatalismo, Ang = Angustia, AR = Afrontamiento religioso, AE = Autoeficacia, AC = Autocuidado, AG = Automonitoreo de glucosa, AM = adherencia a los medicamentos

3.4 Estadística descriptiva de las variables

La descripción del cumplimiento del autocuidado en la DT2 se presentan el promedio de días a la semana, en donde se identifica que la actividad que mejor cumplen es la toma de medicamentos/insulina y la que menos realizan es la automonitoreo de glucosa en sangre. Mientras que, por el fatalismo en la DT2, la dimensión que más sobresale es el afrontamiento religioso y la de menor puntuación es la angustia emocional, ver tabla 2.

Tabla 4.

Descripción del autocuidado y creencias fatalistas

	M (DE)	Min	Max
Autocuidado	4.8(0.9)		
Dieta	5.2 (1.1)	1.25	7
Ejercicio	3.9 (2.3)	0	7
Automonitoreo de glucosa	2.1 (1.7)	0	7
Cuidado de pies	6.1 (1.6)	0	7
Toma de medicamento	6.6 (0.9)	0	7
Fatalismo general	3.7(0.9)	1	5.9
Angustia emocional	2.3(1.4)	1	6
Afrontamiento religioso	3.5(1.3)	1	6
No Autoeficacia	2.4(1.2)	1	6

Nota: M = Media, DE = Desviación Estándar

3.5 Análisis Inferencial

En la tabla 3, se observa que la puntuación total del fatalismo se correlaciona negativamente con el autocuidado general, y de forma particular con el automonitoreo de glucosa y cuidado de los pies. Mientras que la dimensión de la angustia emocional se correlaciona negativamente con el automonitoreo de glucosa y toma de medicamentos. El afrontamiento religioso, se correlaciona de manera positiva con el autocuidado general, dieta, ejercicio y cuidado de los pies. Por último, la falta de autoeficacia se correlaciona negativamente con el autocuidado general, dieta, ejercicio, cuidado de los pies y toma de medicamentos/insulina, ver tabla 5.

Tabla 5.

Correlación entre el autocuidado y fatalismo en diabetes

	Autocuidado	Dieta	Ejercicio	Automonitoreo	Pies	Medicamento
Fatalismo	-.150*	.055	.065	-.181**	-.131*	.014
Angustia	-.093	-.108	-.108*	-.178**	-.101	-.165**
Afrontamiento	.231**	.121*	.145*	.090	.249**	.096
No	-.306**	-	-.200**	.084	-	-.222**
autoeficacia		.207**			.233**	

Nota: *p<.05; **p<.01

Capítulo IV

4.1 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el fatalismo y el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. Los resultados evidencian que mayores niveles de fatalismo se asocian con menores niveles de autocuidado, particularmente en conductas como el automonitoreo de glucosa y el cuidado de los pies. Asimismo, se identificó que la dimensión de falta de autoeficacia presenta la asociación negativa con el autocuidado general y con la mayoría de sus dimensiones, mientras que el afrontamiento religioso mostró asociaciones positivas con el autocuidado.

Respecto al autocuidado, los resultados muestran que la conducta con mayor cumplimiento fue la toma de medicamentos/insulina, mientras que el automonitoreo de glucosa fue la práctica menos realizada. Este hallazgo coincide con investigaciones previas en México que han reportado una mayor adherencia al tratamiento farmacológico en comparación con otras conductas de autocuidado como la actividad física, el monitoreo de glucosa o la dieta (García-Pérez et al., 2019; López-García et al., 2020; Sánchez-Ortiz et al., 2021; Martínez-Vega et al., 2017). Esto podría explicarse porque la toma de medicamentos suele ser percibida como una acción más sencilla, mientras que las conductas relacionadas con cambios en el estilo de vida requieren mayor compromiso, esfuerzo y modificación de hábitos rutinarios.

En cuanto al fatalismo, se observó que la dimensión con mayor puntuación fue el afrontamiento religioso, mientras que la angustia emocional presentó valores más bajos. Estos resultados sugieren que, en esta población, las creencias religiosas podrían desempeñar un papel importante en la manera en que las personas enfrentan la enfermedad. Investigaciones previas han señalado que en contextos latinoamericanos las creencias religiosas suelen formar parte del proceso de afrontamiento ante enfermedades crónicas, lo cual funcionan como un

recurso psicológico ante diversas adversidades (Abraído-Lanza et al., 2007; Salazar-Collier et al., 2021).

Los análisis de correlación mostraron que el fatalismo general se asocia negativamente con el autocuidado, particularmente con el automonitoreo de glucosa y el cuidado de los pies. Este hallazgo es congruente con lo reportado por estudios previos que señalan que las creencias fatalistas pueden disminuir la motivación para realizar conductas preventivas o de autocuidado, al percibirse la enfermedad como un proceso inevitable o fuera del control personal (Espinosa De Los Monteros & Gallo, 2013; Asuzu et al., 2017; Mendoza-Catalán et al., 2023; Pérez-Hernández, et al., 2026). En este sentido, cuando las personas consideran que el curso de la enfermedad depende del destino o de fuerzas externas, es menos probable que adopten conductas de cuidado.

De manera particular, la dimensión de falta de autoeficacia mostró la correlación negativa más alta con el autocuidado general y dimensiones como dieta, ejercicio, cuidado de pies y toma de medicamentos. Este resultado resalta la importancia de la percepción de capacidad personal para manejar la enfermedad, lo cual coincide con estudios que señalan que la autoeficacia es un determinante clave en la adherencia al tratamiento y en la realización de conductas de autocuidado en personas con diabetes (Reyes-Morales et al., 2018; Pérez-Martínez, 2024).

Por otro lado, el afrontamiento religioso mostró correlaciones positivas con el autocuidado general, la dieta, el ejercicio y el cuidado de los pies. Este hallazgo sugiere que las creencias religiosas no representan un obstáculo para el autocuidado, por el contrario, pueden funcionar como un recurso que motive conductas saludables. Investigaciones previas han señalado que la espiritualidad y la religiosidad pueden actuar como factores protectores al fortalecer la resiliencia y la motivación para el cuidado de la salud en enfermedades crónicas (Abraído-Lanza et al., 2007; Salazar-Collier et al., 2021).

4.2 Conclusión

En las prácticas de autocuidado, la conducta con mayor cumplimiento fue la toma de medicamentos o insulina, mientras que el automonitoreo de glucosa en sangre fue la actividad menos realizada por los participantes. En cuanto a las creencias fatalistas, la dimensión con mayor puntuación fue el afrontamiento religioso, mientras que la angustia emocional y la falta de autoeficacia presentaron niveles más bajos. Los resultados del presente estudio muestran que las creencias fatalistas se relacionan con el cumplimiento del autocuidado en personas con DT2. En particular, mayores niveles de fatalismo y de falta de autoeficacia se asociaron con menores niveles de autocuidado, como el automonitoreo de glucosa, la dieta, el ejercicio y el cuidado de los pies. Por otro lado, el afrontamiento religioso mostró una relación positiva con algunas prácticas de autocuidado, lo que indica que las creencias espirituales pueden desempeñar un papel relevante en la forma en que las personas enfrentan y manejan la diabetes. Este resultado resalta la importancia de considerar el contexto cultural y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas.

4.3 Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las creencias fatalistas y el autocuidado en adultos con diabetes tipo 2. Otra limitación radica en el uso de instrumentos de autorreporte, lo cual puede introducir sesgos de deseabilidad social o errores de recuerdo por parte de los participantes. En particular, las conductas de autocuidado reportadas podrían estar sobreestimadas, ya que los participantes podrían tender a responder de acuerdo con lo socialmente esperado. Asimismo, la muestra fue obtenida en un contexto específico, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas o culturales diferentes.

4.4 Sugerencias

Desde la perspectiva de enfermería, la identificación de estas creencias puede ser fundamental para diseñar intervenciones educativas y psicoeducativas orientadas a fortalecer la autoeficacia, modificar percepciones fatalistas y promover conductas de autocuidado. Tal como sugieren Abbott et al. (2021), la incorporación de estrategias dirigidas a abordar las creencias relacionadas con la enfermedad puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento y el control glucémico. Finalmente, los hallazgos respaldan la recomendación de evaluar las creencias fatalistas en los servicios de salud, especialmente en personas con descontrol glucémico o bajo cumplimiento del autocuidado. La integración de intervenciones culturalmente sensibles que consideren las creencias religiosas y el contexto sociocultural de los pacientes podría favorecer un manejo efectivo de la diabetes. Asimismo, se recomienda que futuras investigaciones utilicen diseños longitudinales que permitan comprender la influencia de las creencias fatalistas en el manejo de la DT2.

Referencias bibliográficas:

- Abbott, L., Slate, E., Graven, L., Lemacks, J., & Grant, J. (2021). Fatalism, social support and self-management perceptions among rural African Americans living with diabetes and pre-diabetes. *Nursing Reports*, 11(2), 242–252. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020024>
- Abraído-Lanza, A. E., Viladrich, A., Flórez, K. R., Céspedes, A., Aguirre, A. N., & De La Cruz, A. A. (2007). Commentary: Fatalismo reconsidered: A cautionary note for health-related research and practice with Latino populations. *Ethnicity & Disease*, 17(1), 153–158.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2026). Standards of care in diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Suppl. 1). <https://doi.org/10.2337/dc26-SINT>
- Arteaga-Rojas, E., Martínez-Olivares, M. V., & Romero-Quechol, G. M. (2019). Prácticas de autocuidado de los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(1), 52–59.
- Asuzu, C. C., Walker, R. J., Williams, J. S., & Egede, L. E. (2017). Pathways for the relationship between diabetes distress, depression, fatalism and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31(1), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.09.013>
- Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2022. (2021). *Diabetes Care*, 45(Suppl. 1), S17–S38. <https://doi.org/10.2337/dc22-s002>
- Diccionario del español de México. (s. f.). <https://dem.colmex.mx/ver/escolaridad>
- Edelman, S., Cheatham, W. W., Norton, A., & Close, K. L. (2023). Patient perspectives on the benefits and challenges of diabetes and digital technology. *Clinical Diabetes*, 42(2), 243–256. <https://doi.org/10.2337/cd23-0003>

- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Development and psychometric properties of the 12-item diabetes fatalism scale. *Journal of General Internal Medicine*, 25(1), 61–66.
<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1168-5>
- Espinosa De Los Monteros, K., & Gallo, L. C. (2013). Fatalism and cardio-metabolic dysfunction in Mexican–American women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 487–494.
- Federación Internacional de Diabetes. (2025). *Atlas de la diabetes de la FID* (11ª ed.). Federación Internacional de Diabetes. <https://diabetesatlas.org>
- Foundit, T. (2025, 6 agosto). What is an occupation: Definition, types, categories, and examples. <https://www.foundit.my/career-advice/what-is-an-occupation/>
- Grettchen, F. S. (s. f.). El antecedente personal patológico en la anamnesis. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292015000100006
- Mendoza-Catalán, G., Figueroa-Perea, J. G., Gallegos-Cabriales, E. C., Salazar-González, B. C., Onofre-Rodríguez, D. J., & González-Ramírez, J. (2023). Fatalistic beliefs, self-care, and HbA1c in Mexican men with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Medicine*, 102(31), e34594. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034594>
- Pérez-Hernández, G. M., Ángel-García, J., Estrada-Luna, D., Jiménez-Osorio, A. S., & Mendoza-Catalán, G. S. (2026). Fatalismo, autocuidado de los pies y el riesgo de pie diabético en adultos mexicanos. *Revista Veritas de Difusión Científica*, 7(1), 5073–5087. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v7i1.1192>
- Porto, J. P., & Gardey, A. (2021, 21 mayo). Socioeconómico: Qué es, definición y concepto. <https://definicion.de/socioeconomico/>
- Salazar-Collier, C. L., Reininger, B. M., Wilkinson, A. V., & Kelder, S. H. (2021). Exploration of fatalism and religiosity by gender and varying levels of engagement among Mexican-

American adults of a type 2 diabetes management program. *Frontiers in Public Health*, 9, 652202. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.652202>

Sukkarieh-Haraty, O., Egede, L. E., Abi Kharma, J., & Bassil, M. (2019). Diabetes fatalism and its emotional distress subscale are independent predictors of glycemic control among Lebanese patients with type 2 diabetes. *Ethnicity & health*, 24(7), 767-778.

Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: Results from seven studies and a revised scale. *Diabetes Care*, 23(7), 943–950. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>

Yeni, K., Altunsoy, M., Gündem, İ., & Akyıldız, N. (2025). Examination of the Relationship Between Health Fatalism and Self-Management in Individuals with Chronic Disease. *Archives of Health Science and Research*, 12(1), 1-7.

World Health Organization. (2019, 24 junio). Tobacco. <https://www.who.int/health-topics/tobacco>

World Health Organization. (2024, 14 noviembre). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Autores: Vanessa Marcelo Bautista y Geu Mendoza Catalán

Justificación y objetivo: México es uno de los países con mayor prevalencia de personas que padecen diabetes, siendo esta la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad en el país. Los factores psicosociales y conductuales, representan un papel importante para un manejo efectivo de la enfermedad. Existen diversos estudios que han reportado que el fatalismo tiene un efecto negativo en el autocuidado de la diabetes. Por eso mismo, esta investigación tiene como objetivo asociar el fatalismo y autocuidado en personas con diabetes tipo 2.

Procedimientos: Su participación consiste en contestar 2 cuestionarios que serán de utilidad para asociar las variables involucradas en el estudio.

Riesgos: En el caso de que usted decida participar, al responder las preguntas que se van a realizar, existe una probabilidad de que pueda llegar a sentirse incómodo y/o apenado.

Beneficios: Usted no recibirá beneficios económicos, materiales o de alguna otra índole, pero sí usted lo decide, podemos brindarle sus resultados.

Aclaraciones: Sí usted presenta alguna duda o cuestionamiento respecto a la investigación, podrá comunicarlo y se le resolverá sin ningún inconveniente.

Libertad de retirarse: Si en algún momento decide retirarse, tiene todo el derecho de realizarlo y sus datos no serán tomados en consideración para la investigación.

Privacidad: Su participación en este estudio es completamente anónima, por lo que no se le solicitará ningún tipo de dato que pueda identificarlo como: nombre, número de teléfono, dirección, correo electrónico, etc.

Gastos: Contestar estos cuestionarios no le generará ningún gasto económico, pero sí le tomará un lapso de tiempo de alrededor de 15 a 20 minutos.

Redacción final: He leído el consentimiento informado, me han resuelto las dudas que han surgido y esto de acuerdo en participar en la investigación titulada “el fatalismo y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2”.

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Apéndice B. Solicitud para la aplicación de encuestas



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Enfermería

24/junio/2025

Oficio AAE/811/2025

Asunto: aplicación de encuestas

DRA MARIA PENELOPE AGUILAR MARTÍNEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 26,
MIXQUIAHUALA DE JUÁREZ, HIDALGO
PRESENTE

Por medio de la presente solicitamos su permiso y autorización para llevar a cabo la aplicación de encuestas del proyecto de investigación "Creencias fatalistas, burnout en diabetes y autocuidado en adultos con diabetes tipo 2" que acuden a la Unidad de Medicina Familiar 26, Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo que dignamente Usted dirige. Las encuestas serán aplicadas por la Pasante de Servicio Social de Enfermería de la UA EH Vanessa Marcelo Bautista para la realización de una tesis de investigación como vía de titulación. En caso de que acepte nuestra solicitud, se busca encuestar un total de 250 pacientes con diabetes en un rango de edad de 20 a 70 años de edad, y con al menos un año de diagnóstico – durante el mes de julio. A cada participante se le aplicaran 3 encuestas orientado a sus creencias fatalistas, el burnout en diabetes y su autocuidado, con una duración promedio de 15 a 20 minutos. Antes de la aplicación de las encuestas, se entregará un consentimiento informado a las personas resaltando que la participación es anónima, voluntaria y que no presentarán ninguna represalia en caso de que no desee participar por parte de la institución.

Para los profesionales de la salud, la evaluación de las creencias fatalistas y el burnout son factores importantes que puedan afectar el cumplimiento del autocuidado, de ahí nuestro interés de evaluarlos. Al finalizar, se planea entregar un informe y recomendaciones para mejorar el autocuidado de las personas con diabetes. En caso de existir alguna duda, favor de comunicarse con el profesor responsable del estudio el Dr. Geu Mendoza Catalán (geu_mendoza@uaeh.edu.mx) o al cel. 6862614558.

Sin más, por el momento y esperando tener una respuesta favorable a nuestra petición. Reciba una cordial salud.



Penélope Aguilar Ortiz
DIRECTOR/UMF 26
T. 99375 739
2025



ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

DRA. JULIETA ÁNGEL GARCÍA
JEFA DEL AREA ACADEMICA DE ENFERMERIA
Chair of the Department of Nursing



Circuito ex Hacienda la Concepción s/n Carretera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo,
México; C. P. 42171
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 43125 y 43126
enfermeria@uaeh.edu.mx



Apéndice C. Cédula de Datos

Cédula de datos

Folio: _____

I. Datos Sociodemográficos

1. Edad: _____ años
2. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro: _____
3. Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión libre ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a
4. Nivel educativo (último año finalizado):
5. Ocupación: ☐ Empleado/a ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado/a ☐ Ama de casa ☐ Otro:
6. Nivel socioeconómico percibido: ☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

II. Datos Clínicos

7. Tiempo desde el diagnóstico de diabetes: _____ años
8. Tipo de tratamiento actual: (Marcar todas las que correspondan)

☐ Medicación oral ☐ Insulina ☐ Otro: _____

9. ¿Padece alguna otra enfermedad o complicación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, cuáles: ☐ Hipertensión arterial ☐ Nefropatía ☐ Retinopatía ☐
Neuropatía ☐ Pie diabético ☐ Obesidad ☐ Dislipidemia ☐ Depresión ☐ Otro: _____

10. Peso _____ kg
11. Talla: _____ cm
12. Circunferencia de Cintura _____

III. Factores Psicosociales y de Autocuidado

En los siguientes enunciados, que tan satisfecho se encuentra al día de hoy con la diabetes en un rango de 1 a 5, **donde 1 significa insatisfecho y 5 muy satisfecho.**

1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea _____
2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas _____
3. Estoy satisfecho con mi vida _____
4. Hasta ahora he conseguido en la vida las cosas que considero importantes _____
5. Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada _____

Apéndice D. Instrumentos de medición

Escala de Fatalismo en Diabetes

Instrucciones: En este cuestionario queremos evaluar algunas creencias que tiene sobre la diabetes. Conteste con sinceridad con las siguientes opciones de respuesta. 6-Muy de acuerdo, 5-Moderadamente de acuerdo, 4-De acuerdo, 3-En desacuerdo, 2-Moderadamente en desacuerdo y 1-Muy en desacuerdo.

1. Se enfada cuando piensa en su diabetes	1	2	3	4	5	6
2. Se siente triste cuando piensa en su diabetes	1	2	3	4	5	6
3. Le decepciona tener que vivir con diabetes	1	2	3	4	5	6
4. La diabetes es una enfermedad que le hace la vida más difícil	1	2	3	4	5	6
5. La diabetes le causa mucho sufrimiento emocional	1	2	3	4	5	6
6. Confiar en Dios le ha ayudado a lidiar mejor con la diabetes	1	2	3	4	5	6
7. Cree que Dios no le da más de lo que puedo soportar	1	2	3	4	5	6
8. Cree que Dios puede curar completamente su diabetes.	1	2	3	4	5	6
9. Ha orado por su diabetes y eso le ayuda a no preocuparse más por ella.	1	2	3	4	5	6
10. Cree que puede controlar su diabetes como se lo indica su médico	1	2	3	4	5	6
11. Si hace todo lo que le dice el médico, puedo prevenir las complicaciones de diabetes	1	2	3	4	5	6
12. Cree que la diabetes es controlable	1	2	3	4	5	6

Escala de Autocuidado

Instrucciones: Conteste este cuestionario de los últimos 7 días recordando cuantos días logró cumplir con su autocuidado de la diabetes.

¿En cuántos de los últimos siete días usted....

1. ¿Ha seguido un plan de alimentación saludable?	0	1	2	3	4	5	6	7
2. ¿Ha seguido su plan de alimentación?	0	1	2	3	4	5	6	7
3. ¿Comió cinco o más porciones de frutas y verduras?	0	1	2	3	4	5	6	7
4. ¿Comió carne de res o de puerco frita o antojitos mexicanos?	0	1	2	3	4	5	6	7
5. ¿Realizó por lo menos 30 minutos de actividad física?	0	1	2	3	4	5	6	7
6. ¿Participó en una sesión de ejercicios específicos que no sea lo que se hace en la casa o en su trabajo?	0	1	2	3	4	5	6	7
7. ¿Se ha checado el azúcar en la sangre?	0	1	2	3	4	5	6	7
8. ¿Se checó el azúcar en la sangre, según lo indicó el médico?	0	1	2	3	4	5	6	7
9. ¿Se revisó sus pies?	0	1	2	3	4	5	6	7
10.¿Ha revisado el interior de sus zapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7
11.¿Tomó el medicamento para la diabetes que le recomendaron?	0	1	2	3	4	5	6	7
12.¿Tomó el número recomendado de pastillas para la diabetes?	0	1	2	3	4	5	6	7