



**Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo**

Facultad de Enfermería



**Autocuidado en personas que viven con diabetes tipo 2 de un
Grupo de Apoyo Mutuo**

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

Presenta

Viridiana Luz Aguilar Hernández

Asesora

Dr. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Revisora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán

septiembre 2019

Directivos

MSP. Julio César González Cabrera
Director de la Facultad de Enfermería

ME. Ruth E. Pérez Guerrero
Secretaria Académica

LE Renato Hernández Campos
Secretario Administrativo

Mesa Sinodal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Asesora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Vocal 1

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal 2

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano, también a mi asesora de tesis que siempre estuvo para apoyarme y guiarme para culminar esta gran etapa.

Agradecimientos

El presente trabajo lo quiero agradecer a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi madrina María Guadalupe, no tengo palabras para expresar mi amor y mi gratitud por su fe, su generosidad y su incansable ayuda en todo momento, gracias a ella he llegado a culminar un peldaño más de mi vida.

A mi mami María de la Luz por siempre estar conmigo y nunca dejarme sola, por apoyarme en todo momento bueno y malo, por darme toda su fortaleza por ser mi amiga, mi confidente y le agradezco a dios por permitirme tenerte a mi lado, que en todo momento estuviste apoyándome, animándome a seguir a delante, gracias por confiar en mí, gracias por tanto amor que me das yo sé que sin ti no hubiera sido posible este gran logro, te amo.

A mi sobrina Maricruz por darme tanto amor, por regalarme los mejores días de mi vida junto a ella, que ha sido una pieza fundamental en este camino que a pesar de un mal día ella siempre me recibía con su sonrisa tan hermosa y con sus juguetes listos para compartir los mejores momentos a su lado, te adoro tanto mi niña hermosa agradezco a dios por mandarte en el mejor momento de mi vida porque sé que siempre estarás conmigo y compartiremos muchos logros.

A mi hermano Edgar y a mi cuñada Andrea que ellos también han sido testigo de todo este trayecto que saben lo que me ha costado llegar hasta aquí que en todo momento me apoyaron y me aconsejaron.

A la Doctora Dariela Nohemi por darme la oportunidad de desenvolverme en la JSN1 coordinación de enseñanza a su cargo , por todas las facilidades para seguir adelante con este trabajo de tesis, por animarme día con día a echarle ganas para salir adelante y lograr todos mis objetivos.

A mi tío Ricardo por darme tanto amor, por sentirse tan orgulloso de mi y por apoyarme incondicionalmente

A todos mis amigos que conocí en este gran año de servicio social que han estado conmigo llenándome de amor y muchos momentos especiales para mí.

A toda mi familia, que sin ellos nada de esto hubiera sido posible, ya que todos me aportaron muchas cosas buenas en ese bello trayecto.

De manera especial a mi Asesora de tesis Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este trabajo, por siempre brindarme lo mejor de ella, porque sé que tome la mejor decisión al ser mi asesora, por enseñarme que a pesar de las adversidades siempre se debe salir a delante, gracias por confiar en mí y darme la oportunidad la quiero mucho.

A la Facultad de Enfermería, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

Resumen

Introducción. La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública, causa un impacto importante en la morbilidad, por las complicaciones crónicas que se relacionan con la carencia de intervenciones oportunas para identificar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de lesiones de órganos blanco. Objetivo. Evaluar el autocuidado (AC) en las personas que viven con diabetes tipo 2 (PVDT2). Material y métodos. Cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo. Muestra no probabilística de 100 PVDT2 del Módulo 7 “Lomas del Durazno” seleccionadas a conveniencia. Instrumento Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) con 24 reactivos y cuatro opciones de 1-4 puntos. Se aplicó estadística descriptiva y se respetaron los derechos de los participantes. Resultados: Mayoría sexo femenino (54.0%), dedicadas al hogar (28.0 %), tomando metformina (29.0%), edad media 56 años ($DE= 9.55$, media de IMC 27.7($DE= 3.78$). Respecto a AC, 82.0% de PVDT2 presentan mayor Capacidad de Autocuidado.

Palabras clave: Diagnóstico, Tratamiento, Complicaciones, Prevención, Cuadro clínico.

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus (DM) is a public health problem, causing a major impact on morbidity, due to chronic complications related to the lack of timely interventions to identify risk factors that affect development of white organ injuries. Objective. Evaluate self-care (AC) in people living with type 2 diabetes (PVDT2). Material and methods. Quantitative, non-experimental, descriptive, transverse and prospective. Non-probabilistic sample of 100 PVDT2 of Module 7 "Peach Lomas" selected for convenience. Instrument Scale for Estimating Self-Care Capabilities (EECAC) with 24 reagents and four 1-4-point options. Descriptive statistics were applied and participants' rights were respected. Results: Female gender majority (54.0%), household (28.0%), taking metformin (29.0%), average age 56 years (DE -9.55, mean BMI 27.7 (DE- 3.78). Regarding AC, 82.0% of PVDT2 have higher Self-Care Capacity.

Índice

| | |
|---|----|
| Índice..... | 1 |
| Introducción..... | 4 |
| I. Justificación..... | 7 |
| II. Planteamiento del problema..... | 12 |
| III. Objetivos | 13 |
| 3.1. General | 13 |
| 3.2. Específicos | 13 |
| IV. Hipótesis | 13 |
| V. Marco teórico | 15 |
| 5.1. Dorothea Elizabeth Orem | 15 |
| 5.1.1. Antecedentes Historicos..... | 15 |
| 5.1.2. Teoria | 15 |
| 5.1.3. Metaparadigma | 16 |
| 5.1.4. Requisitos de autocuidado..... | 17 |
| 5.2. Autocuidado | 18 |
| 5.2.1. Concepto..... | 18 |
| 5.2.2. Tipos de autocuidado | 19 |
| 5.2.3. Papel del profesional de la salud en el fomento del autocuidado..... | 19 |
| 5.3. Diabetes Tipo 2..... | 20 |
| 5.3.1. Definición. | 20 |
| 5.3.2. Clasificación. | 21 |
| 5.3.3. Causas diabetes tipo 2..... | 21 |
| 5.3.4. Cuadro clínico diabetes tipo 2. | 22 |

| | |
|---|----|
| 5.3.5. Diagnostico de la Diabetes tipo 2..... | 22 |
| 5.3.6.Tratamiento de la diabetes tipo 2..... | 22 |
| 5.3.7. Complicaciones..... | 23 |
| 5.3.8 Prevención de diabetes..... | 24 |
| VI. Material y métodos..... | 26 |
| 6.1 Tipo y diseño de estudio..... | 26 |
| 6.2 Limites de tiempo y espacio..... | 26 |
| 6.3 Universo..... | 26 |
| 6.4 Muestra y muestreo..... | 26 |
| 6.5 Variables..... | 26 |
| 6.6 Criterios de selección..... | 26 |
| 6.6.1 Criterios de inclusión..... | 27 |
| 6.6.2 Criterios de exclusión..... | 27 |
| 6.6.3 Criterios de eliminación..... | 27 |
| 6.7. Instrumentos..... | 27 |
| 6.8 Prueba piloto..... | 28 |
| 6.9 Procedimiento..... | 28 |
| 6.10 Análisis estadístico..... | 28 |
| VII. Consideraciones éticas y legales..... | 30 |
| VIII. Resultados..... | 33 |
| IX. Discusión..... | 37 |
| X. Conclusiones..... | 38 |
| XI. Sugerencias..... | 39 |
| XII. Referencias bibliográficas..... | 41 |

| | |
|---|----|
| XIII. Anexos..... | 45 |
| Anexo 1 Instrumento Capacidades de autocuidado | 45 |
| XIV. Apéndices..... | 47 |
| Apéndice 1 Operacionalización de variables | 47 |
| Apéndice 2 Hoja de consentimiento informado | 48 |
| Apéndice 3 Hoja de colecta de datos | 49 |
| Apéndice 4 Dictamen de aprobación del Comité de Investigación y bioética | 52 |

Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2) es un problema de salud pública, causa un impacto importante en la morbimortalidad, por las complicaciones crónicas que se relacionan con la carencia de intervenciones oportunas para identificar los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de lesiones de órganos blanco (Diabetes Care, 2013).

La diabetes mellitus es una de las más comunes e importantes enfermedades metabólicas que afecta de 2 a 5% de la población en Europa, aproximadamente de 5 a 10% de la población en Estados Unidos y a 20% en algunas otras partes del mundo. Entre sus complicaciones evolutivas figuran como las más importantes, junto con la nefropatía y la retinopatía diabética, la ulceración o infección del pie, o ambas (Castro, 2009).

Por eso, este estudio pretendió identificar el autocuidado de personas con diabetes tipo 2. Para ello, este documento se estructuró en varios capítulos, además del índice general e índice de tablas que se realizaron en esta investigación.

El primer capítulo describe la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación, así como el planteamiento del problema y la pregunta de investigación.

El capítulo dos describe el marco teórico donde se aborda la variable estudio autocuidado y la patología de DT2.

A continuación, en el capítulo tres de material y métodos se describió el tipo y diseño de estudio, universo, muestra, variables, criterios, dentro de estos se encuentran los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación, el procedimiento, diseño estadístico y por último consideraciones éticas y legales que se consideraron para este estudio.

En el capítulo cuatro se describen los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas utilizadas en la investigación se encuentran en el apartado once, seguido de anexos y apéndices.

Finalmente se enlistaron las referencias bibliográficas utilizadas en el protocolo, así como los apéndices y anexos, tales como el instrumento, la operacionalización de variables y hoja de colecta de datos.

Capítulo I

I. Justificación

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) existen actualmente 442 millones de adultos que tienen diabetes tipo 2.

En México, con base en la NOM-015-SSA2-2010, la DT2 ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales. La diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular. Es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

En el caso de Michoacán los datos muestran la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más (ENSANUT, 2006). De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glucosilada en los últimos 12 meses fue de 1.5% para Michoacán.

Los datos presentados muestran que la DM es una enfermedad no curable, se controla en la mayoría de los casos de reciente inicio, el trabajo que realiza enfermería es reforzar el autocuidado, prevenir y disminuir los factores de riesgo, se recomienda a las personas que padecen esta enfermedad y a sus familiares, que tienen que hacer grandes modificaciones en su forma de vida, para evitar complicaciones serias (Vélez, 2007).

Según la FID, para el 2003 había 194 millones de personas con la enfermedad, y se calcula que esa cifra se incrementará a 333 millones de afectados en el mundo para el 2025, lo que significa que el 6.3% de la población mundial tendrá diabetes. En la actualidad, la diabetes es la cuarta causa de

muerte en la mayoría de los países desarrollados y cada año mueren en el mundo más de tres millones de personas por causas relacionadas con la diabetes.

Por ser la diabetes mellitus una enfermedad para toda la vida, donde se suceden cambios drásticos en el estilo de vida, en la ocupación, en la relación y en la dinámica sociofamiliar, entre otras, es preciso restablecer la autosuficiencia de los pacientes.

Debido a la importancia de los datos anteriores, es necesario que enfermería apoye en el autocuidado del pie diabético es necesario hacerlos partícipes de su propio cuidado y tratamiento, para lograr el bienestar integral (personal, familiar y social) y mantener la calidad de vida en los más altos estándares posibles. En este marco, la aplicación del modelo de atención de enfermería de la teórica Dorothea E. Orem, centrado en el autocuidado, permite abordar al paciente con pie diabético.

Para este estudio se requirió acceder a pacientes con DT2 y se realizó una encuesta para evaluar el nivel de conocimientos para su autocuidado dicha encuesta fue posible porque se llevó a cabo en el Modulo 7 Lomas del Durazno donde se contó con la autorización por parte de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia y por dicho módulo para llevar a cabo la investigación.

De igual manera, los gastos generados en este estudio se incluyeron en el proyecto de investigación de la asesora, Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz.

Los resultados obtenidos en este trabajo fortalecerán la línea de generación y aplicación UMSNH-274 Cuidado integral en condiciones crónicas.

Después de haber realizado una revisión de la literatura, se presentaron los siguientes artículos relacionados.

En 2017, Oliveira, Costa, Ferreira y Lima realizaron un estudio bibliométrico, con el objetivo de asignar la literatura científica nacional e internacional sobre el autocuidado para las personas con diabetes mellitus. Se conto con una muestra de 85 artículos publicados en el periodo 2005-2015 disponible en scielo, lilacs, medline y scopus. Los estudios se centran en los últimos cinco años; Son

publicados principalmente en revistas internacionales, destacando The Diabetes Educator Journal. En cuanto a los nacionales, 20 (23.4%) trabajos están distribuidos en revistas de investigación en enfermería; 51 (67.1%) autores son enfermeros y 53 (69.7%) son médicos; 78 (91.8%) estudios son artículos originales, 55 (64.7%) transversales, 60 (80.0%) cuantitativos, 37 (43.5%) están en Inglés; 51 (64.6%) se realizaron en ambulatorios y 55 (64.7%) con personas con diabetes tipo 2; el instrumento más utilizado fue el genérico, 26 (34.2%); seguido del Summary of Diabetes Self-care activities, 24 (31.6%); el tema más discutido fue el efecto de la educación en el autocuidado, 13 (15.3%); el país con mayor número de estudios fue Brasil, con 33 (39.1%).

En Cuba en 2016, Chapman, Raiza, Greder, Paneque y Sablón realizaron un estudio cuasiexperimental de intervención educativa, con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. Se estudiaron a 36 pacientes diabéticos de cuatro consultorios del médico y enfermera de la familia del Policlínico Docente "José Martí" de Gibara. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas y de conocimiento sobre diabetes. Ofrecieron a los pacientes mayor cantidad de información fueron: la familia (61.11 %), el médico y la enfermera (52.77 %), con la intervención el 100.0 % de los pacientes incrementó los conocimientos sobre Diabetes, la importancia de la actividad física y el cuidado de los pies, el conocimiento sobre la responsabilidad del cuidado mejoró de un 44.44 % a un 100.0 %.

En 2013, Gallegos, Cárdenas y Salas realizaron un estudio cualitativo, con el objetivo de definir las capacidades especializadas de autocuidado del paciente diabético tipo 2. Se estudio a 8 diabéticos, seis hombre y dos mujeres con edad promedio de 53.6 años. Se utilizó el método de entrevista de preguntas abiertas a partir de cuestiones sobre el cuidado de la diabetes. Resultados: mostraron acciones de autocuidado relacionados con la condición del diabético, con el tratamiento y sus efectos y con cambios de hábitos y actitudes.

En Cartagena en 2012, Herrera, Andrade, Hernández, Manrique, Faria y Machado realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo de identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Se estudio a 225 adultos de ambos sexos, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Se utilizo el instrumento escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, estadística descriptiva. Resultados: Predominó el sexo femenino (68.4 %); la unión libre (59.1 %); escolaridad (50.6 % con básica primaria); bajos ingresos económicos (menos de un salario mínimo mensual vigente, 34.7 %). Al valorar la capacidad de agencia de autocuidado, el 73.8 % de los pacientes obtuvo una calificación de muy buena (76-100 %, según escala). Al valorar los aspectos comprendidos en la escala se encontró que más del 50 % de las personas siempre sacan tiempo para ellos, piden explicación sobre su salud, examinan su cuerpo para ver si hay cambios y conservan un ambiente limpio.

En 2010, Romero, Dos Santos, Aparecida y Zanetti realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Se estudiaron a 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México. Se utilizo entrevista domiciliar dirigida, utilizándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y correlacional. Los resultados mostraron que 83(33,5%) sujetos presentaron buena capacidad de autocuidado y 168(66,5%) capacidad regular. Se obtuvo una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$) y una correlación negativa con la religión ($r_s=-0,435$; $p<0,05$) y tiempo de evolución de la enfermedad ($r=-0,667$; $p<0,05$).

En 2008, Baca, Bastidas, Aguilar, De la cruz, Gonzales, Uriarte y Flores realizaron un estudio descriptivo con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento que el usuario diabético tiene sobre su autocuidado. Se estudiaron a 94 diabéticos hospitalizados en los servicios de medicina interna y cirugía del Hospital General Regional No. 1 de Culiacán Sinaloa. Se utilizo como instrumento

un cuestionario que contempló aspectos sociodemográficos como son edad, sexo, escolaridad, nivel de conocimiento del usuario diabético sobre su autocuidado, contemplando aspectos como ejercicio, alimentación, cuidado de los pies y tratamiento farmacológico. Resultados: de la población estudiada se encontró que el 56% son del sexo masculino, con un promedio de 60 años de edad con una desviación estándar de ± 12.36 . Nivel de conocimiento del diabético sobre su auto cuidado fue insuficiente en un 79 %.

II. Planteamiento del problema

La diabetes es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, estadísticas bastante conservadoras establecen que más de 30 millones de personas en el planeta son diabéticas, que requiere la participación de los profesionales de la salud ya que son las enfermeras, los profesionales expertos en las estrategias relacionadas con el cuidado individual, familiar y grupal y el profesional con mayor cualificación en lo que se refiere a disponer de herramientas específicas sobre metodología persuasiva, educativa y participativa y por tanto , para plantear y dirigir las estrategias de autogestión en los pacientes crónicos (Punto Fape, 2014).

El papel que se ha asignado a las enfermeras para que consigan que los pacientes puedan llevar a cabo con éxito una estrategia personal de autogestión es el rol del “entrenador” en el autocuidado y entrenador para que los pacientes consigan ser el gestor eficaz de recursos propios o en su defecto, asumir la enfermera por delegación del paciente este papel en tanto en cuanto el paciente no disponga de la fuerza, el conocimiento o la voluntad como señala Henderson para realizarlo (Ferrer, 2016).

Por esta razón se considera especialmente importante que las personas que padecen diabetes conozcan su enfermedad, las metas del tratamiento y la manera en la que pueden contribuir a su propio cuidado, con el fin de evitar complicaciones ya que la diabetes aumenta el riesgo de muchos problemas de salud graves (American Diabetes Association, 2018).

De acuerdo con la información anterior surge la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es el Autocuidado de las personas que viven con Diabetes Tipo 2?

III. Objetivos

3.1. General

Evaluar el autocuidado en las personas que viven con diabetes tipo 2.

3.2. Específicos

1. Caracterizar a las personas que viven con diabetes tipo 2 con base en las variables sociodemográficas.
2. Describir el autocuidado en las personas que viven con diabetes tipo 2.
3. Describir las diferencias del autocuidado por sexo, IMC, control glucémico, escolaridad y tiempo de diagnóstico.

IV. Hipótesis

H_i El autocuidado es eficaz en las personas que viven con diabetes tipo 2.

H_o El autocuidado no es eficaz en las personas que viven con diabetes tipo 2.

Capítulo II

V. Marco teórico

Este capítulo contempla la descripción de las variables de estudio. Desarrollando los aspectos conceptuales, se inicia con la teoría de enfermería que está relacionada con la variable, se continúa describiendo la variable autocuidado, y se finaliza con la patología.

5.1. Dorothea Elizabeth Orem

5.1.1. Antecedentes históricos.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en 1914 en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era un ama de casa que le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta (Taylor, 2017).

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949 (Berbiglia y Banfield, 2011).

5.1.2. Teoría

Teoría de los sistemas enfermeros: la teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o

asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente (Berbiglia y Banfield, 2011).

Teoría del déficit de autocuidado: la idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos (Berbiglia y Banfield, 2011).

Teoría del autocuidado: el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería (Berbiglia y Banfield, 2011).

5.1.3. Metaparadigma

Estilo de vida saludable; se define como el patrón de comportamiento relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud. Un patrón conductual es el modo habitual de respuesta a diferentes situaciones (Ferrel y colaboradores, 2014).

La mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas (Ponce, Sotomayor, Salazar y Bernal, 2010).

Un estilo de vida saludable se relaciona a las conductas y costumbres de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar tanto a nivel físico como

psicológico, conductas las cuales permiten añadir años a la vida y vida a los años, y ayudan a su vez a disminuir la aparición de ciertas enfermedades, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de la personas para mantener, restablecer mejorar su salud (Ruiz, 2014).

Estilo de vida no saludable, hace referencia al conjunto de patrones conductuales, incluyendo tanto a conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico, que acarrear directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo (Ruiz, 2014).

5.1.4. Requisitos de autocuidado

Requisitos de autocuidado universales: los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la interacción social y la soledad. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (Berbiglia y Banfield, 2011).

Requisitos de autocuidado de desarrollo: los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo: 1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo. 2. Implicación en el autodesarrollo. 3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que

pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Berbiglia y Banfield, 2011).

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud: estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico (Berbiglia y Banfield, 2011).

5.2. Autocuidado

5.2.1. Conceptos

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Berbiglia y Banfield, 2011).

La OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, Etc. Comprende la auto medicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas (OMS, 2008).

Otros autores Sillas y Jordán (2011) definen el autocuidado como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.

5.2.2. Tipos de autocuidado

Orem (1991) dividió el autocuidado en dos unidades; la primera de ellas en el autocuidado colectivo y la otra el individual. Cada uno de ellos nos lleva por diferentes caminos, pero son un mismo fin u objetivo; autocuidado colectivo: el cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo, se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; autocuidado individual: está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado.

5.2.3. Papel del profesional de la salud en el fomento del autocuidado

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. (Sillas y Jordán, 2011).

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere:

Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea; asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias; contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales de género, y etapa del ciclo vital; asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud (Tobón, 2014).

5.3. Diabetes tipo 2

5.3.1. Definición.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (OMS, 2016).

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2013), los tres principales tipos de diabetes, diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional ocurren cuando el cuerpo no puede producir suficiente cantidad de la hormona insulina o no puede usar la insulina eficazmente. La insulina actúa como una llave que permite a las células del cuerpo absorber la glucosa y utilizarla como energía.

El término diabetes mellitus (DM) describe un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina (Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), 2006).

Alonso y colaboradores (2015) definen a la diabetes mellitus (DM) es un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina. Existen múltiples procesos fisiopatogénicos involucrados en su aparición que varían desde la destrucción autoinmunitaria de las células β del páncreas hasta alteraciones que conducen a la resistencia a la acción de la insulina.

El pie diabético, según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculat es: «Una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglucemia mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

Esta afección repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes debido a los ingresos a establecimientos de salud con estadías hospitalarias prolongadas y amputaciones de los miembros inferiores por la progresión de las heridas; aproximadamente, un 50 a 70% de esos pacientes sufrirá amputación; por ello, se considera a esta enfermedad como problema de salud pública en todo el mundo, lo que se evidencia con altas tasas de morbilidad y mortalidad (Balcazár, 2014).

5.3.2. Clasificación.

La clasificación de la DM contempla cuatro grupos: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), otros tipos específicos de diabetes, diabetes gestacional (ALAD, 2006).

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentada en niños y adolescentes obesos. Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en: predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina, predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina (ALAD, 2006).

5.3.3. Causas diabetes tipo 2.

De acuerdo a la OMS (2017) en el cuadro clínico los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico. Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable. También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa. Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves.

5.3.4. Cuadro clínico diabetes tipo 2.

Según lo que señala la OMS (2017), en el cuadro clínico los pacientes a veces no presentan manifestaciones clínicas o estas son mínimas durante varios años antes del diagnóstico. Pueden presentar aumento de la frecuencia urinaria (poliuria), sed (polidipsia), hambre (polifagia) y baja de peso inexplicable. También pueden padecer entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies y visión borrosa. Pueden sufrir infecciones recurrentes o graves.

5.3.5. Diagnóstico de la diabetes tipo 2.

Los criterios diagnósticos de acuerdo a la Federación Americana de Diabetes (2014) están basados en las mediciones de glucosa sanguínea: a) concentración de glucosa plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L), b) glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L) en plasma venosa o capilar, o c) glucosa postprandial ≥ 200 mg/dl (11.1mmol/L) en plasma venosa o capilar; además, la presencia o ausencia de síntomas clásicos de la diabetes, como polidipsia, poliuria y una inexplicable pérdida de peso. Además, se puede presentar visión borrosa, en asociación con glucosuria y en algunos casos cetonuria (Loaeza y Morales, 2014).

5.3.6. Tratamiento de la diabetes tipo 2.

Tratamiento no farmacológico.

Modificación del estilo de vida: la educación es esencial para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones. Los programas que modifican estilo de vida, donde se involucra el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo, mejoran el control de peso, ayudan a dejar el hábito tabáquico y a aceptar la enfermedad. A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución (Gil, Sil, Domínguez, Torres y Medina, 2013).

Terapia nutricional en diabetes mellitus (DM), cuya meta es tratar y prevenir las complicaciones mediante la atención y mantenimiento de un control metabólico óptimo que incluya niveles de glucosa en sangre, HbA1c, LDL-C, HDL-C y

triglicéridos, presión arterial y peso corporal (Brajkovich, Izquierdo, Nieto y Marilyn, 2012).

Ejercicio físico: se considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico. Ejercicio es una subcategoría de actividad física que es planeada, estructurada y repetitiva. El ejercicio deberá cumplir con las siguientes metas: a corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente; a mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez; a largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etcétera) (ALAD, 2006).

Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la DM2 van dirigidos a corregir una o más de las alteraciones metabólicas subyacentes. En la actualidad, contamos con cinco tipos de fármacos hipoglucemiantes orales (biguanidas, sulfonilureas (SU), secretagogos de acción rápida (glinidas), tiazolidindionas e inhibidores de las alfa-glucosidasas) y con las insulinas (Olmo, Carrillo y Aguilera, 2008).

5.3.7. Complicaciones.

Según la OMS (2017), las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 pueden ser microvasculares (lesiones de los vasos sanguíneos pequeños) y macrovasculares (lesiones de vasos sanguíneos más grandes). Las complicaciones microvasculares son lesiones oculares (retinopatía) que desembocan en la ceguera; lesiones renales (nefropatía) que acaban en insuficiencia renal; y lesiones de los nervios que ocasionan impotencia y pie diabético; las complicaciones macrovasculares son las enfermedades cardiovasculares, como los ataques cardiacos, los accidentes cerebrovasculares y la insuficiencia circulatoria en los miembros inferiores.

5.3.8. Prevención diabetes.

Prevención primaria, tiene como objetivo evitar la enfermedad. En la práctica es toda actividad que tenga lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición (ALAD, 2000).

Prevención secundaria, se hace principalmente para evitar las complicaciones, con énfasis en la detección temprana de la diabetes como estrategia de prevención a este nivel. Tiene como objetivos: procurar la remisión de la enfermedad, cuando ello sea posible, prevenir la aparición de complicaciones agudas y crónicas, retardar la progresión de la enfermedad (ALAD, 2000).

Prevención terciaria, está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y a rehabilitar al paciente discapacitado. Tiene como objetivos: detener o retardar la progresión de las complicaciones crónicas de la enfermedad, evitar la discapacidad del paciente causado por etapas terminales de las complicaciones como insuficiencia renal, ceguera, amputación, etcétera; impedir la mortalidad temprana (ALAD, 2000).

Capítulo III

VI. Material y métodos

6.1 Tipo y diseño de estudio

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos para poder probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño del estudio fue no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo (Grove, Gray y Burns, 2016).

6.2 Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el Módulo 7 de la Jurisdicción Sanitaria Nol. 1 de la Secretaría de Salud de Morelia Michoacán, durante el año 2019.

6.3 Universo

La población estuvo compuesta por personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 (PVDT2).

6.4 Muestra y muestreo

Se utilizó una muestra no probabilística de 100 PVDT2 seleccionadas a conveniencia de la persona responsable del estudio.

6.5 Variables

La variable independiente del estudio es el autocuidado, que se define como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo (OMS, 2008). La operacionalización de variables se encuentra en el apéndice 2.

6.6 Criterios de selección

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes.

6.6.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a personas que viven con diabetes tipo 2, con edades de 35 a 75 años, que acudan el día en que se realice la colecta de datos, que acepten participar y firmar la hoja de consentimiento informado.

6.6.2 Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a personas con diabetes tipo 1 o diabetes gestacional, con complicación de enfermedad renal crónica, que se nieguen a participar o a firmar la hoja de consentimiento informado.

6.6.3 Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio a los participantes con cuestionarios incompletos, que abandonaron la ciudad.

6.7. Instrumentos

Para medir la variable de autocuidado se utilizó el instrumento Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECAC) elaborado por Evers, Isenberg, Philipsen, Senten & Browns en 1989 (Landeros, 2003).

La EECAC consta de 24 reactivos; este instrumento valora las capacidades de autocuidado. El patrón de respuesta de este cuestionario incluye cuatro opciones: total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4.

Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 y 112, donde a mayor puntaje mayor CAC (Apéndice 2). Estos valores se transformaron a una escala de 0 y 100 puntos con el fin de poder establecer comparaciones.

6.8. Prueba piloto

El instrumento Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado se aplicó a una muestra fue de 30 PVDT2 de Morelia. Se midió la consistencia interna del instrumento con la prueba alfa de Cronbach, se obtuvo un índice de $\alpha=.765$.

6.9. Procedimiento.

Este protocolo se envió para que fuera autorizado en la Facultad de Enfermería por la Comisión de Investigación y Bioética, una vez que se autorizó se acudió con el director del Módulo 7 Lomas del Durazno.

Cuando se autorizó realizar la investigación, el investigador se presentó con el personal de enfermería para informarle de las actividades que se realizarán para solicitarle información sobre los pacientes, cuándo se les podía localizar y encuestar.

Una vez establecidas las fechas para trabajar, el investigador se presentó con los pacientes llevando el material necesario, que incluyó encuestas, lápiz, lapiceros, goma, corrector.

El instrumento utilizado en la colecta de datos fue llenado con el apoyo del investigador. Se abordó a las personas, a quienes se les explicó el objetivo del estudio, las ventajas y desventajas y se les solicitó la firma en la hoja de consentimiento informado. Cuando aceptaron participar, se les pidió que llenen el instrumento para identificar el conocimiento que el paciente tiene acerca del autocuidado de la diabetes.

En cuanto se finalizó la colecta, se realizó la captura en una matriz de datos elaborada ex profeso. En seguida se elaboraron las tablas, los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias.

6.10 Análisis estadístico

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 25. Para los objetivos específicos uno y dos se aplicó estadística descriptiva para las

variables sociodemográficas y las variables de estudio mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) frecuencias y porcentajes.

Para el objetivo específico tres, determinar diferencias del autocuidado por sexo, IMC, control glucémico, escolaridad y tiempo de diagnóstico, se utilizó la prueba estadística no paramétrica *U* de Mann-Whitney.

VII. Consideraciones éticas y legales

Para esta investigación se consideró fundamental lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987) que establece que esta investigación es una investigación sin riesgo (artículo 17 y 23) porque solo se aplicaran encuestas de lápiz y papel en las personas con diabetes mellitus tipo 2.

Esta investigación respetó la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13) así mismo se protegió la privacidad de las personas que participaron, identificándolos sólo cuando los resultados lo requieran y éstos lo autoricen.

Se consideró que esta investigación se suspendería si se observaba algún riesgo o daño para la salud de los participantes o a solicitar de ellos mismo (artículo 18) y en caso necesario, se solicitaría apoyo para la atención de la persona que sea afectada (artículo 19).

Para esta investigación se solicitó la firma de la hoja del consentimiento informado que se refiere al acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá. (artículo 20).El consentimiento informado deberá ser elaborado por el investigador principal, indicará nombres y direcciones de dos testigos y deberá ser firmado por estos, así como también se extenderá un duplicado, quedando un ejemplar en poder de la persona sujeto de investigación (artículo 22).

Para considerar el consentimiento informado existente, el sujeto de investigación, recibió una explicación clara y completa de los aspectos siguientes: la justificación y los objetivos de la investigación; los procedimientos que se usaron y su propósito; las molestias o los riesgos esperados; los beneficios esperados; los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a

cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio; la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (artículo 21)

Para iniciar la colecta esta investigación se contó con la autorización de las autoridades educativas y de salud, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyeron en el estudio (artículo 29).

Los datos obtenidos en esta investigación fueron manejados manteniendo la privacidad del individuo (artículos 16 y 112) y durante su publicación se respetará la confidencialidad a que tienen derechos los sujetos de investigación (artículo 120).

Así mismo, el investigador respetó lo señalado en el capítulo V en los artículos 57 y 58 al realizarse la investigación en participantes considerados como cautivos por pertenecer al Módulo No. 7 de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 en Morelia.

Capítulo IV

VIII. Resultados

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el autocuidado en las personas que viven con diabetes tipo 2. En este apartado se presentan los resultados del estudio. Se inicia con las variables sociodemográficas y enseguida con las variables de estudio, Autocuidado.

Para el objetivo uno que solicitó caracterizar a la población participante, se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Los resultados se presentan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1

Variables sociodemográficas de las personas que viven con diabetes tipo 2

| Variable | | <i>f</i> | <i>%</i> |
|-------------|----------------------|----------|-------------|
| Sexo | Hombre | 46 | 46.0 |
| | Mujer | 54 | 54.0 |
| Localidad | Huetamo | 1 | 1.0 |
| | Morelia | 35 | 35.0 |
| | San pedro | 1 | 1.0 |
| | Pátzcuaro | 2 | 2.0 |
| | Zamora | 61 | 61.0 |
| Trabajo | Obrero | 15 | 15.0 |
| | Hogar | 28 | 28.0 |
| | Comercio | 17 | 17.0 |
| | Campo | 4 | 4.0 |
| | Otro | 12 | 12.0 |
| | Jubilado /pensionado | 12 | 12.0 |
| | Desempleado | 2 | 2.0 |
| Profesional | 10 | 10.0 | |

Nota. Datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos.

Tabla 2

Variables médicas de las personas que viven con diabetes tipo 2

| Variable | <i>f</i> | % |
|--------------------------|----------|-------------|
| Sexo | | |
| Medicamentos | | |
| Metformina | 29 | 29.0 |
| Glibenclamida | 26 | 26.0 |
| Metformina/Glibenclamida | 25 | 25.0 |
| Insulina | 12 | 12.0 |
| Sin medicamentos | 7 | 7.0 |
| Nifedipino | 1 | 1.0 |
| ¿Se mide su glucosa? | | |
| Si | 32 | 32.0 |
| No | 68 | 68.0 |
| ¿Qué enfermedad padece? | | |
| Diabetes | 66 | 66.0 |
| Hipertensión | 17 | 17.0 |
| Obesidad | 3 | 3.0 |
| Dislipidemias | 1 | 1.0 |
| Síndrome Metabólico | 1 | 1.0 |
| Diabetes/Hipertensión | 12 | 12.0 |

Nota. Datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos.

En la tabla 3 se observa que la media de edad de las personas que viven con Diabetes tipo 2 fue de 56.93 ($DE= 9.554$) y la media del IMC fue de 27.27 ($DE=3.789$).

El objetivo específico dos fue identificar el autocuidado de las personas que viven con diabetes tipo 2 y se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes. El resultado se presenta en la tabla 4.

Tabla 3

Variables somatométricas de las personas que viven con diabetes tipo 2.

| Variable | Media | Mdn | Moda | DE | Mínimo | Máximo |
|---------------|--------|--------|------|--------|--------|--------|
| Edad | 56.93 | 58.00 | 60 | 9.554 | 39 | 78 |
| Peso | 69.76 | 67.50 | 60 | 12.837 | 47 | 102 |
| Talla | 1.60 | 1.62 | 2 | .117 | 1 | 2 |
| IMC | 27.27 | 27.05 | 26 | 3.789 | 20 | 36 |
| PAS | 146.93 | 140.00 | 139 | 28.506 | 79 | 229 |
| PAD | 96.60 | 90.50 | 87 | 19.354 | 57 | 160 |
| CC | 95.66 | 97.00 | 104 | 9.634 | 76 | 124 |
| Glucosa | 189.73 | 153.00 | 120 | 97.606 | 77 | 521 |
| Colesterol | 150.43 | 156.00 | 100 | 25.019 | 100 | 176 |
| Triglicéridos | 195.63 | 168.00 | 156 | 75.026 | 123 | 360 |
| Escolaridad | 8.52 | 9.00 | 6 | 4.760 | 0 | 17 |
| Tiempo Dx | 8.86 | 8.00 | 6 | 4.882 | 1 | 20 |

Nota: datos obtenidos de la Cédula de colecta de datos. Mdn= Mediana, DE= Desviación estándar, CC= Circunferencia de cintura

Tabla 4.

Autocuidado en las personas que viven con diabetes tipo 2.

| Autocuidado | f | % |
|-------------|-----|-------------|
| Menor | 18 | 18.0 |
| Mayor | 82 | 82.0 |
| Total | 100 | 100 |

Nota. Datos obtenidos del instrumento EECAC

En la tabla 4 se observa que 82.0% de PVDT2 presentan mayor capacidad de autocuidado.

El objetivo tres del estudio fue determinar diferencias del autocuidado por sexo, IMC, control glucémico, escolaridad y tiempo de diagnóstico; se utilizó la prueba estadística no paramétrica *U* de Mann-Whitney y el resultado fue

estadísticamente significativo ($U= 3539.50$, $p=.0008$) para la variable estilo de vida, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5

Prueba de U de Mann-Whitney para estilo de vida y sexo.

| Estilo de vida | X | Mdn | DE | U | Valor p |
|----------------|-------|-----|--------|---------|-------------|
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 78.83 | 80 | 13.869 | 3539.50 | .008 |
| Masculino | 84.37 | 84 | 10.540 | | |

Nota: $n=150$, X= Media, Mdn=Mediana, DE=Desviación estándar, U= estadístico de prueba de U de Mann-Whitney

IX. Discusión

El objetivo de este trabajo fue analizar el autocuidado de las personas que viven con diabetes tipo 2, en la que se encuestaron a 100 personas, del Módulo 7 “Lomas del Durazno” de Morelia Michoacán.

Respecto a la edad, en este estudio el promedio fue de 56.93 años y estos resultados son menores a los encontrados por Baca et al (2008), pero diferente a lo reportado por Romero et al (2010).

En cuanto al sexo, se encontró que la mayoría de los participantes son mujeres y este resultado es similar a lo reportado por Romero et al (2010), Chapman et al (2016) y López et al (2016), pero diferente a lo encontrado por Baca et al (2008) donde predomina el sexo masculino.

Por otra parte, en relación con la escolaridad, se encontró que la mayoría de los participantes tuvieron la primaria completa y este resultado es similar a los datos encontrados por Baca et al (2008), Romero et al (2010) y López et al (2016), ya que ellos reportaron primaria completa en sus participantes; pero fue diferente a lo reportado por Chapman et al (2016),

En cuanto a la ocupación, se encontró que un poco más de la mitad de los participantes son amas de casa, este dato es mayor que lo reportado por Romero et al (2010) y López et al (2016).

En relación con el tiempo de diagnóstico de la diabetes, en este estudio el promedio fue de 8 años, dato mayor a los reportados por Baca et al (2008), pero menor a lo encontrado por Romero et al (2010), donde se encontraron valores de 21 o más años de vivir con el padecimiento.

En relación a la variable de estudio, se registró que la mayoría de las PVDT2 obtuvieron una buena capacidad de autocuidado, este dato es similar a lo reportado por Chapman et al (2016), pero diferente a lo encontrado por Baca et al (2008) y Romero et al (2010), donde se muestra que la mayoría de sus participantes tuvieron una mala capacidad de autocuidado.

X. Conclusiones

Este trabajo estudió el autocuidado de las personas que viven con diabetes tipo 2, encuestando a 100 personas del Moduló 7 Lomas del Durazno en Morelia Michoacán.

La mayoría de las 100 PVDT2 fueron mujeres (54.0%), con edades de 39-78 años, dedicadas al hogar (28.0%), con escolaridad de primaria completa.

La capacidad de autocuidado de las PVDT2 en este estudio fue buena, en la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC).

También se concluye que las PVDT2 presentan una buena capacidad de autocuidado, lo que se traduce en que los profesionales de enfermería han trabajado en los planes de cuidados estandarizados, y que se han propuesto alternativas para las personas y sus familias.

XI. Sugerencias

En este estudio se evaluó la capacidad de autocuidado de las personas que viven con diabetes tipo 2 de Moduló 7 “Lomas del Durazno” de Morelia, Michoacán de Ocampo.

Aunque los resultados mostraron que esta población presenta buena capacidad de autocuidado, se presentan las siguientes sugerencias.

Para las personas que viven con diabetes tipo 2 se sugiere:

- Mantener la glucemia en unos límites adecuados, modificando la ingesta de los alimentos con la medicación y con la actividad física.
- Mantener un buen control de la tensión arterial.
- Mantener el peso dentro de unos límites normales.

Para las instituciones de salud

- Las personas que viven con diabetes deben recibir educación para el autocuidado y autocontrol de los niveles de glucosa.
- Se deben considerar y abordar cuestiones psicosociales como el bienestar emocional, el apoyo psicológico, la información sobre los beneficios a la salud.
- Plan de alimentación personalizado a pacientes con diabetes tipo 2 y actividad física individualizado con respecto a sus necesidades.
- Ingestión de granos enteros (avena, arroz integral, trigo integral) y, sustituir los cereales refinados por cereales integrales (Secretaría de Salud, 2012).
- Las frutas y verduras son alimentos con poca azúcar que aumentan la saciedad y disminuyen la ingestión (Secretaría de Salud, 2012).
- Evitar el consumo de alimentos fritos y azucarados, además de prestar atención al tamaño de las porciones en las comidas y refrigerios (Secretaría de Salud, 2012).

Para los estudiantes de la Facultad de Enfermería

- Dar a conocer los resultados a los estudiantes de la Facultad de Enfermería con el fin de identificar la capacidad de autocuidado que tienen las personas con diabetes tipo 2.
- Que los estudiantes fomenten el autocuidado mediante la promoción a la salud.
- Crear estrategias que ayuden a mejorar la capacidad de autocuidado.

XII. Referencias bibliográficas

- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). (2006). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitas Tipo 2. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias ALAD 2009.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf)
- Ávila, A., Meza, S., Frías. R., Sánchez, A., Vega, A. y Hernández, A. (2006). Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas*, 20,141-146. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/877/1/culturacuidados_20_20.pdf
- Alonso, M., de Santiago, A., Moreno, a., Carramiñana, F., López, F., Miravet, S., Seguí, M., Soriano, T., Pérez, P., Escribano, J., Mancera, J., Comas, J. M., Barquilla, A., Dr. Gasull, V. y Huidobro, C. (2015). Guías Clínicas Diabetes mellitus. Recuperado el 9 de octubre de 2017 de [http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia Diabetes Semergen.pdf](http://2016.jornadasdiabetes.com/docs/Guia_Diabetes_Semergen.pdf)
- Baca, B., Bastidas, M.J., Aguilar, M.R., De la cruz, M.J., González, MD., Uriarte, S., y Flores, P. (2008). Nivel de conocimientos del diabético sobre su auto cuidado. *Enfermería global*, 13, 1,13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834749006.pdf>
- Berbiglia, V.A. y Banfield, B. (2011). Teoría del déficit de autocuidado. En M. Raile Alligood. y A. Marriner Tomey. *Modelos y Teorías en Enfermería* 265-276. España: Elsevier
- Balcázar, M., Escate,Y., Choque, C. y Velásquez D. (2014). Capacidades y actividades en el autocuidado del paciente con pie diabético. *Rev enferm Herediana*, 7(2), 63-68. Recuperado de
- Brajkovich, I., Izquierdo, M., Nieto, R. y Cordero, M. (2012). Tratamiento no farmacológico: aspectos nutricionales, estilo de vida y actividad física. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10, 47-57. Recuperado de <http://www.scielo.org/ve/pdf/rvdem/v10s1/art08.pdf>

Castro, A., Pérez, S., Martínez, Y. Y Martínez, E. (2016). Importancia del rol de Enfermería en el cuidado de pacientes diabéticos tipo II en atención primaria. *Revista Médica Electrónica*, 1-4. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/rol-de-enfermeria-en-el-cuidado-de-pacientes-diabeticos/>

Chapman, M., García, R., Caballero, G., Paneque, Y. y Sablon, A. (2016). Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados, *Revista Cubana de Enfermería*, 32, 49,59. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n1/enf06116.pdf>

Dorothea Elizabeth Orem (2013). Historia de la enfermería.

Egea, A., Romero, E., Pintos, I., Vicente, F., Fernández, M., Moli, G., Alonso, M. y Martínez, C. (2015). Guía Básica De Enfermería Para Personas Con Diabetes En Atención Primaria. Recuperado el 26 de Septiembre 2017 de http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Basica_Enfermeria_Diabetes.pdf

Ferrer, C. (2016). Importancia de la enfermera en el paciente con diabetes. Recuperado el 30 de septiembre 2017 de <https://diabetesmadrid.org/importancia-de-la-enfermera-en-el-paciente-con-diabetes/>

Gallegos, E., Cárdenas, V.M y Salas, M.T (2013). Capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2. 2, 23-33. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16864/14602>

Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2, 2016.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf

Herrera, A., Andrade, Y., Hernández, O., Manrique, J., Faria, K. et al. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, *Cartagena*. 2, 39-46. Recuperado de

<https://search.proquest.com/openview/11187e191ec0c2f06b59081e0710042d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035746>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Diabetes, entre las 10 principales causas de mortalidad en Michoacán. Recuperado el 26 de septiembre 2017 de <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/nota-186542>

Instituto Nacional de Salud Pública (2017). Diabetes, causa principal de muerte en México. Recuperado el 26 de septiembre 2017 de <https://www.insp.mx/presencia-insp/3877-presencia-insp.html>

Manoel, M.F., Nascimento, B., Oliveira, G., Aparecida, C. y Silva, S. (2015). Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23, 200-207. DOI: 10.1590/0104-1169.0247.254

Modelos y teorías en enfermería (2010). Recuperado de: <http://teoriasalud.blogspot.mx/>

Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Oliveira, P., Costa, M.M., Ferreira, J.D. y Lima, C.L. (2017). Autocuidado en Diabetes Mellitus: estudio bibliométrico. Enfermería global, 45, 634-652. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.249911>

Organización Mundial de la Salud (2017). Diabetes. Recuperado el 9 de octubre de 2017 de http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html

Romero, I., Dos santos, M., Aparecida, T., y Zanetti, M. (2010). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 18 (6), 1-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf

Taylor, S. (2007). Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier.

Tobón, O., (2014). El autocuidado una habilidad para vivir. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

XIII. Anexos

Anexo 1 Instrumento

Instrumento Capacidad de autocuidado

Total, desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| mantenerme con salud. | | | | |
| 20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta | 1 | 2 | 3 | 4 |

XIV. Apéndices

Apéndice 1 Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Ítems | Puntaje |
|-------------|--|--|---|--|
| Autocuidado | El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. | Son las habilidades que la persona tiene para cuidar de su salud por si sola para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. | 24 Ítems Total, desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4. | A mayor puntaje mayor capacidad de autocuidado |

Apéndice 2 Hoja de consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás De Hidalgo



Facultad de enfermería

Consentimiento informado

El objetivo de esta investigación es evaluar el autocuidado de las personas con diabetes tipo 2. Se selecciono a los participantes por conveniencia, pacientes del Módulo 7 lomas del Durazno de Morelia, Michoacán con rango de edad de 40 a 69 años. El tiempo requerido para responder el instrumento de autocuidado será de 5 a 10 minutos. El estudio conlleva a un riesgo mínimo y será gratificado con la prueba de glucosa.

El proceso será estrictamente confidencial, se respetará su dignidad y privacidad acorde a los artículos 13 y 16 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. La participación es estrictamente voluntaria, tiene derecho a retirarse en el momento que usted lo desee durante la investigación, sin ninguna sanción.

Por el medio manifiesto que he sido informado sobre el procedimiento, riesgo y beneficio sobre la investigación a realizar. Por ello doy mi consentimiento a realizar la investigación y ser partícipe de ella.

Firma

Apéndice 3 Hoja de colecta de datos



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
Autocuidado de personas que viven con diabetes
tipo 2
Cedula de recolección de datos



Folio _____

Parte 1.

Peso _____ kg Talla _____ cm IMC _____
 Circunferencia de cintura _____ cm
 Presión arterial sistólica _____ mm/Hg
 Presión arterial diastólica _____ mm/Hg
 Glucosa _____ mg/dl Colesterol _____ mg/dl
 Triglicéridos _____ mg/dl

Parte 2.

Instrucciones. Conteste lo que se le solicita o marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud.

a) Datos sociodemográficos

Edad _____ años Sexo Hombre _____ Mujer _____
 Localidad _____
 Escolaridad _____ número de años cursados
 Trabajo Profesional _____, Obrero _____, Hogar _____, Comercio _____, Campo _____,
 Otro _____, Jubilado/pensionado _____, desempleado _____,
 estudiante _____
 Medicamentos _____ utilizados _____ para _____ su
 diabetes _____

¿Se mide su glucosa (azúcar) en su casa) Sí _____, No _____

b) Datos sobre la enfermedad

¿Qué enfermedad padece? 1. Diabetes _____, 2. Hipertensión _____, 3.
 Obesidad _____, 4. Dislipidemias _____, 5. Síndrome metabólico _____
 ¿Cuánto tiempo tiene de saber de su diabetes? _____ años.

Parte 2

Instrucciones. Marque con una X la respuesta que mejor refleje su situación de salud

| Pregunta | 1 | 2 | 3 |
|--|---------------|----------------|----------------|
| 1. ¿Acostumbra hacer ejercicios para los pies? | No acostumbra | Ocasionalmente | Todos los días |
| 2. ¿Acostumbra acudir al médico para revisión de sus | No acostumbra | Ocasionalmente | siempre |

| | | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| pies cuando presenta algún problema? | | | |
| 3. Sus zapatos.... | Continuamente le aprietan | Son cómodos y de tacón alto | Son cómodos y sin tacón |
| 4. ¿Revisa o sacude sus zapatos cuando los calza? | No los revisa | Ocasionalmente | jamás |
| 5. ¿Acostumbra a caminar descalzo? | siempre | Ocasionalmente | Jamás |
| 6. ¿Cómo corta sus uñas? | No le interesa la forma | En forma redonda | En forma recta o cuadrada |
| 7. ¿Cada cuánto tiempo lava sus pies? | No los lava | Ocasionalmente | Todos los pies |
| 8. Cuando lava sus pies, ¿seca bien entre sus dedos? | No los seca | Ocasionalmente | siempre |
| 9. Acostumbra a aplicar alguna crema en los pies | No aplica | Ocasionalmente | Todos los días |
| 10. Acostumbra darse masaje en los pies | No acostumbra | Ocasionalmente | Todos los días |

Parte 3. Cuestionario Capacidad de autocuidado

Total, desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y total acuerdo = 4.

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Aún con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta | 1 | 2 | 3 | 4 |

Apéndice 4 Dictamen de aprobación del Comité de Investigación y bioética



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD de ENFERMERIA

P.L.E. Viridiana Luz Aguilar Hernández

Presente.

Por este conducto se comunica a Usted que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, realizó la revisión del protocolo de investigación; titulado "Autocuidado en personas que viven con Diabetes Tipo 2" y dictaminó aprobarlo con observaciones adjuntas con el número de registro CIB/FacEnf/007/2019 y pueda realizar lo conducente.

Sin otra particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Morelia, Mich., 17 de marzo de 2019

DRA. MARIA CRISTINA MARTHA REYES

DRA. MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

DRA. MA. DEL CARMEN MONTOYA DIAZ

DRA. MA. DE JESUS RUIZ RECÉNDIZ

DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMAN

DRA. ELIZABETH CALDERON CORTES

ME. BARBARA MÓNICA LEMUS LOEZA

[Handwritten signatures and initials over the list of names]

