



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2

TESIS

Para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

Presenta

Tania García Rodríguez

Asesora

Dr. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Coasesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Morelia, Michoacán, septiembre 2017

Directivos

ME. ANA CELIA ANGUIANO MORÁN
Directora de la Facultad de Enfermería

DRA. ELVA ROSA VALTIERRA OBA
Secretaria Académica

ME. BÁRBARA MÓNICA LEMUS LOEZA
Secretaria Administrativa

Mesa Sinodal

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Asesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Coasesora

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal 1

Dra. Georgina Hernández Mata

Vocal 2

Tablas

No.	Titulo	Página
1	Metas de control metabólico	32
2	Hipoglucemiantes orales para el tratamiento de la diabetes tipo 2	32
3	Tipos de insulina para el tratamiento de la diabetes tipo 2	35
4	Criterios para el diagnóstico de diabetes	38

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mis padres, en especial a mi madre María del Carmen Rodríguez Salgado mi ejemplo de lucha y amor incondicional, con el que me impulsa cada día a ser mejor y seguir siempre adelante. Por su amor protector, por enseñarme lo fuerte que se tiene que ser en la vida ante las debilidades, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado ahí brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos por su amor, por estar siempre presentes acompañándome, por su apoyo y confianza en todo lo profesional.

A mis amigos que en todo momento estuvieron ahí de una u otra manera dándome su apoyo estando ahí conmigo.

Agradecimientos

Primero que nada y como más importante quiero agradecer a Dios que me permitió y me dio el don de la perseverancia para poder alcanzar mi meta.

A mi asesora de tesis la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz , por la paciencia y el apoyo que me brindó durante este proceso ya que nunca me dejó sola y por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos , sus enseñanzas, sus conocimientos, sus orientaciones, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para la formación de esta investigación, necesario para cumplir mis objetivos como persona, estudiante y ahora como profesional, porque por su apoyo pude concluir mi carrera.

Gracias por ganarse mi lealtad, admiración y respeto, así como sentirme en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta tesis.

Al módulo 7 de Lomas del Durazno, Morelia, Michoacán que me permitió realizar las encuestas brindándome todo su apoyo y solidaridad.

Resumen

La diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Objetivo. Identificar el nivel de autocuidado en personas con diabetes tipo 2 del Módulo 7 de Lomas del Durazno, Morelia Michoacán. Diseño transversal no experimental, muestra no probabilística a conveniencia de 80 personas con diagnóstico de diabetes tipo 2; se utilizó el instrumento Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC) que tienen cuatro puntos y donde a mayor puntaje tienen muy buena capacidad de autocuidado y a menor puntaje tienen una capacidad de autocuidado muy bajo. Se empleó el programa SPSS v22 y se utilizó estadística descriptiva para variables sociodemográficas y variable de estudio mediante medidas de tendencia central y frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes encuestados fueron del género femenino (73.8%), no tienen educación primaria con media de 3.29 ($DE=1.864$), dedicadas al hogar (70 %); obreros (3.8 %), con tiempo de diagnóstico de enfermedad mayor a 2 años (3%). En relación con la variable capacidad de autocuidado, la dimensión con mejor puntuación fue autocuidado con media de 63.0625 ($DE= 4.52656$). Y la peor dimensión fue que los participantes no realizan actividad física con un porcentaje de 61.3%. Se concluyó que los participantes de esta investigación consideran que no es importante llevar un control estricto de la enfermedad, tienen una percepción de auto cuidado de la enfermedad.

Palabras claves: *autocuidado, diabetes mellitus tipo 2.*

Abstract

Diabetes is a complicated disease, requires constant monitoring, knowledge of the disease and the support of several health specialists. However, most care and control should come from the patient himself. Objective. To identify the level of self-care in people with type 2 diabetes in Module 7 of Lomas del Durazno, Morelia Michoacán. Non-experimental transverse design, non-probabilistic sample at the convenience of 80 people with diagnosis of type 2 diabetes; we used the Scale to Estimate Self-Care Capacities (EECAC) that have four points and where they have a very good self-care capacity and at a lower score have a very low self-care capacity. The SPSS v22 program was used and descriptive statistics were used for sociodemographic variables and study variables using measures of central tendency and frequencies and percentages. The results showed that the majority of respondents were females (73.8%), did not have a primary education (mean = 3.29 (SD = 1864)); workers (3.8%), with disease diagnosis time greater than 2 years (3%). Regarding the variable self-care capacity, the best rated dimension was self-care with mean of 63.0625 (SD = 4.52656). And the worst dimension was that the participants did not perform physical activity with a percentage of 61.3%. It was concluded that the participants of this research consider that it is not important to have strict control of the disease, they have a perception of self care of the disease.

Key words: self - care, type 2 diabetes mellitus.

Índice

Contenido

Tablas	4
I. Introducción.....	11
II. Justificación.....	13
III. Planteamiento del problema	21
IV. Objetivos	23
4.1 Objetivo general.....	23
4.2 Objetivos específicos	23
V. Hipótesis	23
VI. Marco Teórico	26
6.1 Autocuidado	26
Concepto.	26
Generalidades	27
Autocuidado en diabetes	28
Diabetes tipo 2.....	30
Concepto.....	30
6.4.2 Clasificación.	30
6.4.3 Signos y Síntomas.	32
6.4.4 Diagnóstico	32
6.4.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico.....	33
6.4.6 Tratamiento farmacológico.....	33
6.4.7 Tratamiento no farmacológico.....	35

6.4.8 Complicaciones.....	35
Material y métodos	38
7.1.3 Universo.....	38
7.1.4 Muestra.....	38
7.1.5 Variables.....	39
7.1.6 Criterios	39
Variable independiente.....	39
Variable dependiente.	39
7.8 Instrumentos	40
3.9 Prueba piloto	40
7.9 Procedimiento.....	40
VII. Anexos.....	72

I. Introducción

La diabetes mellitus tipo 2, es conocida desde la antigüedad como una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa, sin embargo, hoy se sabe que se trata de un proceso complejo que incluye alteraciones del metabolismo de los lípidos y de las proteínas con daño vascular generalizado.

Esta enfermedad es considerada un problema de salud a nivel mundial. En México, la prevalencia oscila entre 20 y 22%, siendo considerada la principal muerte ligada a enfermedades cardiovasculares.

Debido que cada vez, más personas padecen diabetes mellitus tipo 2 resulta necesario indagar sobre este fenómeno ya que se ha observado que las personas desconocen diferentes aspectos de la enfermedad.

Por eso, este estudio pretende identificar el nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 a personas que acudan al Módulo del Módulo 7 Lomas del Durazno de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud de Morelia, Michoacán. Este documento se estructuró en varios apartados. El primero aborda la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados en la justificación.

El segundo apartado se refiere al planteamiento del problema y a la pregunta de investigación, seguido de los objetivos e hipótesis en el apartado tres y cuatro.

El marco teórico se encuentra en el apartado cinco, donde se describen las variables autocuidado y diabetes mellitus tipo 2. En el apartado seis se encuentra el material y método del estudio, incluyendo tipo y diseño, universo, muestra, variables, criterios, instrumentos, procedimiento, diseño estadístico, recursos, difusión y consideraciones éticas y legales.

Las referencias bibliográficas utilizadas en el protocolo se encuentran en el apartado siete.

Capítulo I

II. Justificación

De acuerdo a información de la Federación Internacional de Diabetes ([FID] 2013), 382 millones de personas tienen diabetes y se espera que en 2035 la cifra aumente a 592 millones.

La proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%), de acuerdo a los datos de ENSANUT (2012) y actualmente es de 9.2%, lo que muestra un incremento en comparación con el año 2000, que fueron diagnosticados con diabetes en 2006 pasando de 5.8% a 7% (2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Los datos son tan alarmantes que se observa que la diabetes casi se ha duplicado desde 2014, ya que pasó de 4,7% al 8,5% en la población adulta.

En México la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó que de los 6.4 millones de la población adulta que padece diabetes, el 9.2% tenía un diagnóstico previo, pero señala podría ser el doble por las personas que ignoran su condición de enfermedad (Secretaría de Salud, 2013).

En el Estado de Michoacán de Ocampo la diabetes se encuentra dentro de las 10 primeras causas de morbilidad en el año 2010 de acuerdo a los datos reportados por la Secretaría de Salud y ocupa el 10º lugar en la morbilidad registrada en el año 2010 con una tasa del 3.82 y un total de 15, 042 casos (Diagnóstico de Salud Estatal, 2012).

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2013), la diabetes tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de América Latina, ya que de los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 26 millones (7%) residen en Latinoamérica.

De acuerdo a la información de Wild citado por la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diabetes tipo 2 (Tratamiento de la diabetes en el primer nivel de atención, 2014), en el mundo existen 170 millones de personas afectadas por la diabetes mellitus, y se espera que esta cifra se duplique para el año 2030.

En el 2001, aproximadamente más de 170 millones de personas padecían la enfermedad y se proyectó que esta cantidad aumentaría al doble para el 2030.

La FID señala que la diabetes causó 5.1 millones de muertes en el 2013, en tanto que en México esta enfermedad es la primera causa de mortalidad y la que consume el mayor gasto público; de acuerdo con las últimas estimaciones nacionales, la prevalencia total en mayores de 20 años fue de 14,42 %. La forma más común de la diabetes es el tipo 2 y una situación muy frecuente que coexiste es la presencia de obesidad/sobrepeso cuya prevalencia ha aumentado dramáticamente alcanzando casi al 70 % en el 2006 (Programa Nacional de Salud 2007-2012, 2007).

En México, la principal causa de muerte en mujeres y hombres en 2005 fue la diabetes, reportando 36, 280 y 30, 879 defunciones respectivamente (16.3%-11.3%) de acuerdo a lo reportado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007).

Como se desprende de los datos anteriores, la diabetes es un problema que debe ser abordado por enfermería debido a que su impacto ante la sociedad ah sí sido de gran importancia en los últimos años. Por lo cual se debe de actuar a través orientar la alimentación, prevenir por medio de pláticas sobre la enfermedad y las complicaciones de la misma para que la población tenga conocimiento sobre la enfermedad. Los profesionales de esta disciplina cuentan con los conocimientos para trabajar con los usuarios desde el ámbito preventivo en el primer nivel de atención.

Este estudio es posible de realizarse ya que se tiene acceso a la población de estudio y los gastos generados en la investigación serán cubiertos en su totalidad por el responsable de la investigación.

Los reportes de investigación que se consideraron para este estudio involucraron los conceptos de DT2 y Autocuidado.

Gallardo y colaboradores realizaron en Cuba en el 2010 una investigación con el objetivo de identificar la percepción de riesgos de los pacientes con diabetes mellitus en relación con los cuidados de los pies. Se entrevistó a una muestra de 2161 pacientes del municipio del Cerro y se aplicó una encuesta que exploró 14 situaciones de riesgos vinculadas al autocuidado de los pies de los pacientes. Para el análisis estadístico se utilizó frecuencia absoluta y relativa y media. Los principales resultados fueron: 70%, con excepción de usar sandalias (29.6%) y aplicar bolsas de agua (61.1%). Existe un número importante de pacientes que desconocen algunos de los riesgos estudiados. Los pacientes sin antecedentes de pie diabético mostraron mejor percepción de riesgos para la mayoría de las situaciones.

Fernández y colaboradores realizaron en 2012 una investigación con el objetivo de evaluar el efecto de la intervención educativa y participativa en el grado de conocimientos, la calidad de vida, el apoyo familiar y el control metabólico de los pacientes con diabetes tipo 2. Se realizó un estudio cuasi experimental de investigación educativa con 76 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Narvarte. Se diseñó una estrategia educativa y se aplicaron antes y después de la misma: ficha de identificación personal y los cuestionarios BERBÉS, de nivel de conocimientos; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo social. Se midió la antropometría, y se hicieron pruebas bioquímicas. Los principales resultados fueron que en el grado de conocimientos se tuvo un incremento en las puntuaciones de 15.4 a 20.2, al igual que en la calidad de vida y el apoyo social; todas con significado estadístico. Al inicio había 16 pacientes controlados con hemoglobina glucosilada (21%); al terminar la intervención, el total de pacientes controlados aumentó a 40 (52.6%).

Cruz y colaboradores realizaron en México en 2014 una investigación con el objetivo de analizar la categoría género como factor de riesgo que favorece el autocuidado de personas con dm2, considerando sus características personales,

tomando para ello dos localidades de estudio en el Estado de México: Toluca y Tonalico. Se realizó un estudio de diseño transversal que se realizó de enero a octubre de 2008 en Centros de Salud de Toluca y Tonalico, comunidades contrastantes entre sí en cuanto al fenómeno migratorio y al contexto urbano-rural. Toluca-urbano, como centro de atracción de empleo y Tonalico-rural como expulsora de mano de obra. La muestra fue no probabilística por conveniencia, se conformó con 239 personas (124 residentes de Toluca y 115 de Tonalico) que asistieron a los Centros de Salud de las localidades de estudio. Para la recolección de información se aplicó el cuestionario “Factores contextuales y conceptuales que influyen en la presencia de diabetes” adaptado para población de México, el cual forma parte del Conceptual & Contextual Factors that Influence Diabetes Outcomes Questionnaire (Valdés y Misra, 2007: 5). La versión adaptada de este instrumento consta de 165 reactivos que se agrupan en once escalas. Los principales resultados fueron que en ambas comunidades participaron más mujeres que hombres. El 57.1 por ciento de las mujeres tenía entre 46-65 años y 29.4 por ciento de los hombres más de 66 años; 86.5 por ciento de ellos tenía pareja y 33 por ciento de las mujeres no la tenía. El 35 por ciento de las mujeres no sabía leer ni escribir y 52.5 por ciento de los hombres tenía estudios de primaria. En cuanto a ocupación, 74 por ciento de las mujeres eran amas de casa y 31 por ciento de los hombres estaba desempleado. Se encontró diferencia significativa al comparar participantes por ocupación ($p < 0.00$).

En el 2001, aproximadamente más de 170 millones de personas la padecían y se proyectó que esta cantidad aumentaría al doble para el 2030. En México esta enfermedad es la primera causa de mortalidad y la que consume el mayor gasto público; de acuerdo con las últimas estimaciones nacionales, la prevalencia total en mayores de 20 años fue de 14,42 %. La forma más común de la diabetes es el tipo 2 y una situación muy frecuente que coexiste es la presencia de obesidad/sobrepeso cuya prevalencia ha aumentado dramáticamente alcanzando casi al 70 % en el 2006. La obesidad/sobrepeso en estas personas favorece la presencia de resistencia a la insulina y esta se asocia con el síndrome

metabólico el cual, además de la hiperglucemia, se caracteriza por hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad central.

Vargas y colaboradores realizaron en México en 2012 una investigación con el objetivo de comparar a dos grupos de pacientes con diabetes tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el Instituto de Salud del Estado de México. Se realizó un estudio cuasi-experimental en donde se incluyeron dos grupos conformados por 10 pacientes cada uno, diagnosticados con diabetes Tipo 2, los cuales participaron en un programa de intervención de autocuidado basado en la adopción de los Siete Comportamientos. La elección de los participantes fue mediante muestreo no probabilístico cumpliendo criterios de inclusión y exclusión como: encontrarse estable, ser capaz de llevar a cabo el autocuidado, no ser dependiente de un cuidador y haber participado por lo menos en un 80% de la intervención educativa. Los principales resultados fueron: Con respecto a los datos generales en ambos grupos de pacientes en estudio, las edades oscilaron entre los 40 a 45 años (85%) y de 46 a 50 años (15%) el género predominante fue el femenino con el 90%, con respecto al tiempo de diagnóstico el 80% se encuentra entre 8 a 10 años.

En el 2014 Arias realizó en Nuevo León una investigación con el objetivo de explicar la variación del control glucémico por el auto-cuidado en diabetes, estrés de la vida diaria y el producido por diabetes, así como la percepción del estado de salud, en adultos que controlan su padecimiento en forma ambulatoria. Se realizó un estudio descriptivo correlacionar con muestra por conveniencia (n = 122), reclutada de clínica especializada. Se determinó peso, talla, IMC y circunferencia de cintura, aplicándose cuatro cuestionarios, correspondientes a los conceptos teóricos. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y estadística inferencial para responder a los objetivos planteados. Los principales resultados fueron: 122 sujetos con DT2, residentes de la ciudad de Monterrey y otros municipios del área metropolitana; la mayoría de la población perteneció al sexo femenino. Una de las características de la muestra estudiada es que un alto porcentaje de los participantes reportaron cifras de glucosa plasmática en control glucémico (64.8%) con glucemias entre 70-

130 mg/dL. Posiblemente este resultado pudiera deberse a que los participantes tienen conocimiento sobre cómo llevar a cabo su tratamiento; el promedio de educación formal que reportó la población estudiada fue de 10 años lo que significa un nivel de educación media superior; además la mayoría de la muestra cuenta con seguridad social por contar con un empleo. Esta situación podría sugerir que algunos participantes reciben sistemáticamente el tratamiento para la DT2, facilitando un control de la enfermedad.

En el 2012 Herrera y colaboradores realizaron en Cartagena una investigación con el objetivo de identificar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, inscritos en los programas de control de diabetes en 19 UPAS de Cartagena. Se realizó un estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, en una muestra de 225 adultos de ambos sexos, seleccionados en forma aleatoria. La capacidad de agencia de autocuidado se identificó con la escala de Valoración de las capacidades de autocuidado, desarrollada por Isenberg y Everest, traducida al español por Gallegos y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia. Para presentar los datos se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se presentan en tablas y gráficas. Los principales resultados fueron: del 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.

Navarro y colaboradores realizaron en san Luis valencia en el 2016 una investigación con el objetivo de analizar la percepción que los pacientes tienen de si reciben en las consultas de medicina de su centro de salud información para implicarse en su autocuidado (gestión medicación e implicación en ejercicio físico o dieta). Se realizó un estudio descriptivo en el que se entrevistó telefónicamente a una muestra de 2401 pacientes de atención primaria seleccionados al azar. Se

empleó una escala reducida de 6 preguntas (puntuación máxima 6 puntos). Se consideraron las diferencias en función edad, sexo, ocurrencia de incidentes para la seguridad, si acudía regularmente a consulta y duración de la consulta. Los principales resultados fueron 2350 pacientes (tasa de respuesta 97,9%). El 34,6% (N=1253) de los entrevistados obtuvieron 5 o más puntos en la escala (percentil 50). Recibir información sobre la previsible evolución incrementó la satisfacción (OR 11,2 (IC95% 8,3-15,3). La duración de la consulta ($p<0,01$), acudir regularmente a consulta médica ($p<0,01$) o no haber sufrido un evento adverso ($p<0,01$), se relacionaron con una mayor puntuación en la escala.

Jiménez y colaboradores realizaron en México en el 2013 una investigación con el objetivo de estimar la frecuencia de medidas de prevención y control para diabetes tipo 2 en población mexicana. Se utilizó la ENSANUT 2012 es una encuesta con representatividad nacional, con diseño de muestreo probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados. En este análisis se utilizó la información de 46 277 adultos mayores de 20 años. El análisis se efectuó utilizando Stata 12. Los principales resultados fueron de 9.2% (6.4 millones) en la ENSANUT 2012, 7.3% (3.7 millones) en 2006 y 4.6% (2.1 millones) en 2000. En 2012, la media del número de consultas en el último año para control de la diabetes fue de 7.3; no obstante, el porcentaje de revisión de pies (14.6%), oftalmológica (8.6%) y la determinación de HbA1c (9.6%) fue bajo.

Azzollini y colaboradores realizaron en buenos aires en el 2012 una investigación con el objetivo de identificar la relación entre el ámbito laboral y familiar con las prácticas de auto atención y autocuidado de pacientes con diagnósticos de diabetes tipo 2, que concurren a los consultorios externos de diabetología de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Se realizó un estudio descriptivo y transversal. se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que fueron encuestados con los siguientes instrumentos: cuestionario de datos personales y laborales, escala de frecuencias sobre prácticas de auto tención y autocuidado, ambos construidos ad hoc y validados previamente. Los datos fueron analizados estadísticamente con análisis descriptivos y pruebas bivariadas, según el nivel de

medición de las variables. Los resultados del presente estudio evidencian que el apoyo social favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

Romero y colaboradores realizaron en México en el 2010 una investigación con el objetivo determinar la capacidad de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 251 personas que ingresaron en un hospital de urgencia en México, en 2007. Los datos fueron obtenidos mediante 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 ($r=-0,667$; $p<0,05$). Se concluye que la mayoría de las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular

III. Planteamiento del problema

La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los mayores problemas para los sistemas de salud de Latinoamérica, región que abarca 21 países y más de 577 millones de habitantes. La Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó en el 2011 que la prevalencia ajustada de diabetes en la región era de 9.2% entre los adultos de 20 a 79 años, sólo Norteamérica (10.5%) y el Sur de Asia (10.9%) tenían tasas mayores (1.1). De los 371 millones de adultos que viven con diabetes, 26 millones (7%) residen en nuestra región.

El crecimiento en el número de casos esperado para el año 2030 es mayor en nuestros países que lo pronosticado para otras áreas, se espera para entonces 39.9 millones de casos. La expectativa de crecimiento se basa en la prevalencia alta de las condiciones que preceden a la diabetes como la obesidad y la intolerancia a la glucosa. Aún más grave es que el 45% de los pacientes con diabetes ignoran su condición (Guías ALAD, 2013).

La diabetes Mellitus tipo 2 es el tipo más común de diabetes, generalmente ocurre en los adultos mayores, pero se ve cada vez más en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes, el cuerpo es capaz de producir insulina, pero se vuelve resistente a ella, de modo que la insulina es ineficaz. Con el tiempo los niveles de insulina pueden llegar a ser insuficientes, tanto la resistencia, como la deficiencia de insulina pueden llevar a niveles de glucosa en sangre altos (Atlas de la Diabetes de la FID, 2015).

Muchas personas con diabetes mellitus tipo 2 no son conscientes de su condición durante mucho tiempo porque los síntomas suelen ser menos marcados que en la diabetes tipo 1 y pueden tardar años en ser reconocidos (Atlas de la Diabetes de la FID, 2015).

El objeto de estudio de enfermería es el cuidado, enfermería es responsable de las personas en las diferentes etapas de la vida. Por eso, para

enfermería es importante cuidar a las personas con diabetes tipo 2, ya que las acciones que puede realizar en esta etapa son de tipo preventivo. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, enfermería puede identificar los pacientes con esta enfermedad en el primer nivel de atención, para evitar los efectos más dañinos para la salud.

Por eso, en esta investigación se pretende realizar un acercamiento al identificar la prevalencia de diabetes tipo 2 en los pacientes del Módulo 7 Lomas del Durazno de Morelia, Michoacán.

Esta investigación apoyará el desarrollo del Grupo de Investigación Cuidado humanizado en condiciones crónicas de la Facultad de Enfermería.

A partir de la información anterior, surge la siguiente pregunta de investigación.
¿Cuál es el nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2?

IV. Objetivos

4.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1. Caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas.

4.2.2. Identificar el nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2.

V. Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

Existe un nivel de autocuidado bajo en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Nula

No existe un nivel bajo de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2.

Capitulo II

VI. Marco Teórico

En este apartado se describirán las variables de estudio. Se inicia con autocuidado seguido de diabetes tipo 2.

6.1 Autocuidado

En 1982, 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 automedicación, 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. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OMS 2008).

Concepto.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada en favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar (Orem, 1991).

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem, define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición enfermedades crónicas son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea (Orem, 1994).

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 automedicación, 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. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (OMS 2008).

Maslach y Jackson (1981) redefinen autocuidado como “una respuesta a un estrés emocional cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar”.

Ofelia (1986) define que el autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo.

El autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud. El personal de salud es el responsable del fomento del autocuidado en las personas, tanto con su testimonio de vida sana como con la educación, como herramienta, para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud.

Generalidades

La teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto por personas enfermas, como por personas que están tomando decisiones sobre su salud, y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.

Autocuidado en diabetes

La Organización Mundial de la Salud recomienda la educación para el autocuidado con la finalidad de prevenir y tratar las enfermedades crónicas. La educación para el autocuidado de personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para el desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad. OMS, (2010).

El autocuidado es una estrategia eficaz para la reducción de los costos de la salud, colaborando para la reducción del número de admisiones hospitalarias y de las consultas de urgencia, uso racional de los medicamentos y mejor relación entre el profesional de salud y el paciente.

En ese contexto, el autocuidado en salud es definido como las medidas que cada persona, de forma individual, toma para proteger su bienestar físico, mental y social.

El autocuidado tiene como fundamento la creencia que el hombre es capaz de cuidar de su salud y comprende una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer las necesidades físicas y psicológicas, recorrer a la consulta médica o auto medicarse. Al considerar que las personas con diabetes mellitus presentan una condición crónica de salud, que exige cuidados permanentes para manutención de su calidad de vida y control metabólico, se percibe la necesidad de desarrollar habilidades de autocuidado para el manejo de la enfermedad. En particular para las personas con diabetes mellitus tipo 2, cuya prevalencia está asociada al estilo de vida; introducir cambios en los hábitos diarios puede constituir estrategia efectiva en la prevención de la enfermedad. OMS, (2010).

La diabetes es una enfermedad complicada, requiere vigilancia constante, conocimiento de la enfermedad y del apoyo de varios especialistas en salud. Sin embargo, la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo.

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.

Las guías de tratamiento ayudan a tener en mente estos objetivos y facilitan el progreso hacia una vida saludable. (Guía de Autocuidado en Diabetes, 2010).

Entre los puntos más importantes que una persona que padece diabetes debe conocer y llevar a cabo se encuentran:

- La dieta.
- El programa de ejercicios.
- La forma de tomar los medicamentos adecuadamente.
- Aprender a resolver problemas frecuentes.
- Lograr un control de los niveles de glucosa.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Cuidando estos aspectos, se puede mejorar la calidad de vida y conservarla durante muchos años.

El control de la diabetes depende de muchos factores. Muchos de ellos dependen directamente del paciente, por lo que su participación es indispensable para lograr un buen control. Los objetivos generales son:

- Revise sus pies diariamente para evitar complicaciones.
- Acuda a valoración por un oftalmólogo por lo menos una vez al año.
- Debe hacerse pruebas de la función renal por lo menos una vez al año también.
- Se recomienda aplicarse la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo cada 5 años. El resto de esquema de vacunas se puede aplicar normalmente según su edad.

- Es importante llevar un auto monitoreo de los niveles de glucosa, es decir, medir sus niveles de glucosa con un glucómetro para saber en dónde está y a dónde quiere llegar. (Guía de Autocuidado en Diabetes, 2010).

Diabetes tipo 2

Concepto.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física (OMS, 2016).

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2015), la diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo.

Según la Norma Oficial Mexicana 015 (2010), la diabetes tipo 2 es en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos (NOM-015, 2010).

6.4.2 Clasificación.

De acuerdo a la OMS (2016), la diabetes se clasifica en tres tipos: tipo 1, tipo 2 y gestacional.

La diabetes mellitus tipo 2 también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa la mayoría de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes mellitus de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones, hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 015 (2010), la diabetes se clasifica en tipo 1 y tipo 2 (NOM-015, 2010). En la diabetes tipo 2, es en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia (NOM-015, 2010).

De acuerdo a la información brindada por la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2016), la clasificación es: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional. La diabetes mellitus tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Millones de estadounidenses han recibido un diagnóstico de diabetes tipo 2, y muchos más desconocen que tienen un alto riesgo de tenerla. Algunos grupos tienen mayor riesgo de tener diabetes tipo 2 (ADA, 2016).

En la diabetes mellitus tipo 2 el cuerpo no produce suficiente insulina o las células no hacen uso de la insulina. La insulina es necesaria para que el cuerpo pueda usar la glucosa como fuente de energía. Cuando una persona come, el cuerpo procesa todos los almidones y azúcares, y los convierte en glucosa, que es el combustible básico para las células del cuerpo. La insulina lleva la glucosa a las células. Cuando la glucosa se acumula en la sangre en vez de ingresar a las células, puede producir complicaciones de diabetes (ADA, 2016).

6.4.3 Signos y Síntomas.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes mellitus de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños (OMS, 2016)

Tabla 1.

Metas de control metabólico

Parámetro	Meta de control
Glucemia en ayuno (mg/dl)	70 -130
HbA1c (%)*	<7
Presión arterial (mm de Hg)	<130/80
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150
Colesterol HDL (mg/dl) hombres	>40
Colesterol HDL (md/dl) mujeres	>50
Colesterol total (mg/dl)	<200
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140
IMC	<24.9
Microalbuminuria (mg/día)	<30

Fuente. OMS,2013

6.4.4 Diagnóstico

De acuerdo a la Norma (NOM-015-SSA2-2010) Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa dos hrs. post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual > 200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl; o bien glucemia >200 mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la PTOG, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos criterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

6.4.5 Tratamiento farmacológico y no farmacológico.

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones (NOM-015, 2010).

6.4.6 Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico establecido para personas con diabetes incluye los varios medicamentos conforme a la Guía de recomendaciones para la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la prediabetes (ver tabla 2).

En relación al tratamiento farmacológico se muestran los tipos de insulinas en la tabla 3 (Guía de práctica clínica, 2014).

Tabla 2.

Hipoglucemiantes orales para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Principio activo	Metformina	Principio activo	Glibenclamida	Principio activo	Pioglitazona
Dosis recomendada	850 mg cada 12 horas con los alimentos. Dosis máxima 2550 mg al día. Envase de 30 tabletas.	Dosis recomendada	Iniciar 1.25-2.5 mg/día. Aumentar en 1.25-2.5 mg/día cada 1 a 3 semanas. Dosis máxima 20mg/día. Dosis mayores de	Dosis recomendada	15 a 30 mg cada 24 horas.

			10 mg se deben de administrar cada 12 horas.		
Tiempo	Indefinido	Tiempo	Indefinido	Tiempo	Indefinido
Efectos adversos	Intolerancia gastrointestinal (diarrea, náuseas, flatulencias), cefalea, alergias cutáneas transitorias, sabor metálico y acidosis láctica.	Efectos adversos	Hipoglucemia , urticaria, fatiga, debilidad, cefalea, náuseas, diarrea, hepatitis reactiva, anemia hemolítica e hipoplasia medula.	Efectos adversos	Edema, infección del tracto respiratorio, cefalea, Mialgias, alteraciones dentales, faringitis, Insuficiencia cardiaca , fracturas.
Interacciones	Disminuye la absorción de vitaminas B12 y ácido fólico. La cimetidina y la cefalexia puede aumentar la concentración plasmática de metformina.	Interacciones	Ciclofosfamida, anticoagulante oral, beta bloqueadores y sulfonamidas , aumentan su efecto hipoglucemiante.	Interacciones	Inhibe la acción de anticonceptivos. El ketoconazol inhibe su metabolismo.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco, diabetes mellitus tipo 1, cetoacidosis diabética, insipienencia renal, insuficiencia hepática, Falla cardiaca y pulmonar, desnutrición grave, alcoholismo crónico o intoxicación alcohólica	Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco y derivados de las sulfonamidas . Diabetes mellitus tipo 1 , insuficiencia renal, embarazos y lactancia.	Contraindicaciones	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo y lactancia, insuficiencia hepática, insuficiencia cardiaca NYHA II-IV.

	aguda.				
--	--------	--	--	--	--

6.4.7 Tratamiento no farmacológico.

De acuerdo a las Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2006), el tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables (Guías ALAD, 2006).

Con relación a la Guía de Práctica Clínica (2014), recomienda iniciar el tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 realizando cambio en el estilo de vida: educando al paciente para su autocuidado, llevar a cabo un tratamiento nutricional medico: modificando su alimentación y actividad física moderada durante 30 minutos seguidos al día, combinando diferentes tipos de ejercicio, ajustando los horarios para hacerlo (Guía de práctica clínica, 2014).

Tabla 3.

Insulina para el tratamiento de la diabetes tipo 2.

Insulina	Presentación	Efectos adversos	Contraindicaciones
Insulina glargina	Insulina glargina 3.64 mg equivalente a 100 UL de insulina humana. Solución inyectable. Solución infectable.	Reacciones alérgicas, lipodistrofia, hipokalemia.	Hipersensibilidad a la insulina glargina o a cualquier componente de la formula.
Insulina Humana	Insulina humana tiene una acción intermedia, solución inyectable, Contiene insulina isofana 100 UI, frasco con 10ml.	Síndrome hipoglucémico, Hipersensibilidad y lipodistrofia .	Hipersensibilidad a la insulina humana.
Insulina Humana de acción intermedia	La insulina de acción intermedia contiene insulina zinc compuesta humana de origen ADN recombinante , frasco de 100UI.	Lipodistrofia, Hipersensibilidad inmediata.	Hipersensibilidad a la insulina intermedia

6.4.8 Complicaciones.

La diabetes puede provocar complicaciones en muchas partes del organismo e incrementar el riesgo general de muerte prematura. Entre las posibles

complicaciones se incluyen: ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de piernas, pérdida de visión y daños neurológicos. Durante el embarazo, si la diabetes no se controla de forma adecuada, aumenta el riesgo de muerte fetal y otras complicaciones (OMS, 2016).

Capitulo III

Material y métodos

7.1.1 Tipo y diseño de estudio

Se trató de un estudio cuantitativo porque se usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Fue un estudio no experimental ya que son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández et al., 2014).

Fue transversal porque son los que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández et al., 2014).

7.1.2 Limites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el período comprendido de mayo a agosto del 2017 en las instalaciones del Módulo 7 Lomas del Durazno de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud de Morelia, Michoacán.

7.1.3 Universo

La población serán personas con diabetes tipo 2 de 20 a 60 años que acudan al del Módulo 7 Lomas del Durazno de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud de Morelia, Michoacán.

7.1.4 Muestra

Fue una muestra no probabilística, porque no es posible calcular con precisión el error estándar, es decir no se puede determinar con qué nivel de confianza se realiza una estimación (Hernández et al, 2014). Por eso, la muestra para este estudio será de 150 personas que acudan al Módulo del Módulo 7 Lomas del Durazno de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de la Secretaría de Salud de Morelia, Michoacán.

7.1.5 Variables

La variable autocuidado es definida como la práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada en favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar (OMS, 2008).

La variable persona con diabetes es aquella que tiene una glucosa mayor a 130 mg/dl también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta se debe a una utilización ineficaz de la insulina (OMS,2013).

7.1.6 Criterios

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

7.6.1 Criterio de inclusión

Se incluirán en el estudio personas de ambos sexos de edad de 20 a 70, con diagnóstico de diabetes tipo 2 de por lo menos un año de diagnóstico, que acudan al Módulo 7 Lomas del Durazno de Morelia, Michoacán, que deseen participar y firmen la hoja de consentimiento informado.

7.6.2 Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio las personas con diagnóstico de diabetes tipo 1 o diabetes gestacional, menores de 20 años y mayores de 60, que no asistan al Módulo 7 Lomas del Durazno de Morelia, Michoacán y que no acepten participar.

7.6.3 Criterios de eliminación

Se eliminarán cuestionarios incompletos en más del 30%.

7.7 Operalización de variables

Las variables del estudio se muestran en el Apéndice 1.

Variable independiente. Autocuidado

Variable dependiente. Diabetes mellitus tipo 2

7.8 Instrumentos

La variable autocuidado de las personas se medirá con la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC), elaborado por Evers, Isenberg, Philsen, Senten y Browns (1989). El instrumento consta de 24 ítems, y cinco dimensiones que son: mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes; preservación de equilibrio entre actividad y reposo; mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social; prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal; promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas (ver anexo 1).

El instrumento utiliza una escala Likert de cuatro puntos que va de 1 Totalmente desacuerdo, 2 Desacuerdo, 3 Acuerdo y 4 Total acuerdo. Para determinar el autocuidado de las personas, los autores proponen puntajes que van de 1 al 96, donde del 1 a 24 se considera capacidad de autocuidado muy bajo, de 25 a 48 capacidad de autocuidado bajo, de 49 a 72 capacidad de autocuidado bueno y de 73 a 96 muy buena capacidad de autocuidado.

3.9 Prueba piloto

La Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC) se aplicará a una población con diabetes mellitus tipo 2 para ver muestra de personas en una población con características similares a la población de estudio. Se realizará una prueba piloto como máximo 30 encuestas. Para obtener la habilidad se utilizará la prueba alfa de cron Bach, esperando que sea mayor a 0.6.

7.9 Procedimiento.

Tras la elección del tema del protocolo de investigación en febrero del 2017, se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Una vez aprobado el protocolo, se acudir  con los responsables de la unidad de salud y se solicitarán los permisos correspondientes a las autoridades del Módulo 7 Lomas del Durazno de Morelia, Michoacán.

Ya que se obtenga la autorización del personal, se asistir  al Centro de Salud donde el investigador solicitará apoyo al personal de enfermería con el fin de identificar y poder abordar a las pacientes con tratamiento de diabetes tipo 2, a quienes se les explicará sobre la investigación de carácter voluntario, autónomo y con libertad de salir de ella en el momento que lo deseen. Si aceptan se les solicitará firmen el consentimiento informado (ver apéndice 2), y posterior a ello, se realizará la aplicación de los instrumentos, y la toma de muestras.

Posterior a la colecta de datos, se elabora la base de datos, se captura y se efectúa el análisis estadístico, elaboración de tablas y gráficas y resultados. Finalmente se elabora el reporte de resultados para la tesis

7.10 Análisis estadístico

Los datos se procesarán en el programa estadístico SPSS versión 22. Se aplicará estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y las variables de estudio mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y frecuencias y porcentajes. Para determinar la consistencia interna del instrumento se empleará el alfa de Cronbach.

7.11 Consideraciones éticas y legales

El Presente Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud donde se respetar  el criterio a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas sujetas a esta investigación, ajustándose a los principios científicos y éticos que lo justifique.

Esta investigación contará con el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de la persona sujeto de investigación

(artículo 13), ajustándose a los principios científicos y éticos que la justifiquen y también contará con su consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal (artículo 14).

Esta investigación será realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios se considerará como de riesgo mínimo ya que se aplicarán encuestas para medir el autocuidado en personas con diabetes tipo 2 y se realizara toma de muestras de sangre capilar para determinación de glucosa, triglicéridos colesterol (artículo 17). Así mismo el investigador suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación (artículo 18).

Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31,62, 69,71,73 y 88 de este Reglamento. Esta investigación se considerará como de riesgo mínimo ya que se aplicarán encuestas para medirá el autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 y se realizará toma de muestras de sangre capilar para determinación de glucosa, colesterol y triglicéridos, (artículo 17).

Se considera consentimiento informado (ver Apéndice 3) al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (artículo 20).

De la misma manera para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá

recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos (artículo 21).

La justificación y los objetivos de la investigación (fracción I); los procedimientos que vayan a usarse y su propósito (fracción II); las molestias o los riesgos esperados (fracción III); la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto (fracción VI); la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento (fracción VII); la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (fracción VIII).

De igual manera el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos (artículo 22).

Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría (fracción I); indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación (fracción III); deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe (fracción IV).

De la misma manera caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado (artículo 23).

Resultados

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de autocuidado de las personas con diabetes tipo 2.

A continuación, se describen los resultados de las variables sociodemográficas y en seguida la variable de estudio.

Para el primer objetivo que buscó describir las características de la muestra de estudio con base en las variables sociodemográficas y clínicas, se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes.

Tabla 1

Variables somatométricas de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Variables	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Peso	70.49	68.00	60	46	118	14.016
Talla	1.5738	1.5700	1.52	1.40	1.82	0.09141
IMC	28.754	27.850	22.8	18.2	51.0	5.6669
CC	94.63	97.50	100	68	139	20.162

Nota: DE= desviación estándar, CC= Circunferencia de cintura.

En la tabla 1 se observa que la media del peso de los participantes fue de 70.49 (DE=14.016), con peso mínimo de 46 kg y máximo de 118 kg; la media de la talla fue de 1.5738 (DE=0.09141), con una talla mínima de 1.40 m y máximo de 1.82 m; la media del IMC fue de 28.754 (DE=5.6669), con un IMC mínimo de 18.2 y máximo 51.0; la media de CC fue de 94.63 (DE=20.162), con una CC mínima de 68 cm y máximo de 139 cm.

Tabla 2.

IMC de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

IMC	f	%
Bajo peso	1	1.3
Peso adecuado	20	25.0
Sobrepeso	29	36.3
Obesidad grado 1	20	2.5
Obesidad grado 2	7	8.8
Obesidad grado 3	3	3.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje, *IMC*=Índice de masa corporal.

En la tabla 2 se observa que el 36.3 % de los sujetos de investigación presentaron sobrepeso.

Tabla 3.

Presión arterial de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Presión arterial	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Sistólica	124.63	123.50	130	70	180	18.377
Diastólica	80.24	80.00	70	40	120	13.377

Nota: DE= desviación estándar

En la tabla 3 se observa que la media de la presión arterial sistólica de sujetos de investigación fue de 124.63 (DE=18.377), con una presión mínima de 70 y máximo de 180; la media de la presión arterial diastólica de 80.24 (DE=13.377), con una mínima de 40 y máximo de 120.

Tabla 4

Variables clínicas de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Glucosa	165.43	151.50	112	80	339	59.595
Colesterol	183.73	183.00	183	0	688	88.733
Triglicéridos	179.53	175.00	172	0	795	132.038

Nota: DE= desviación estándar.

En la tabla 4 se observa que la media de la glucosa de los participantes fue de 165.43 (DE=59.595), la media de colesterol fue de 183.73 (DE=88.733) y la media de triglicéridos fue 179.53 (DE=132.038).

Tabla 5

Edad de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Edad	56.53	55.50	50	31	88	11.140

Nota: DE= desviación estándar.

En la tabla 5 se observa que la media de la edad de los participantes fue de 53.53 (DE=11.40).

Tabla 6

Escolaridad de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Variable	Media	Mediana	Moda	DE
Escolaridad	3.29	3.00	3	1.864

Nota: DE= desviación estándar.

En la tabla 6 se observa de la media de escolaridad de los sujetos de investigación fue 3.29 ($DE=1.864$).

Tabla 7

Sexo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Sexo	f	%
Masculino	21	26.3
Femenino	59	73.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 7 se observa que el 73.8 % de los participantes son de sexo masculino.

Tabla 8

Trabajo de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Trabajo	f	%
Obrero	3	3.8
Hogar	56	70.0
Comercio	4	5.0
Campo	3	3.8
Desempleado	14	17.5
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 8 se observa que el 70.0 % de los sujetos de investigación se dedican al hogar.

Tabla 9

Medicamentos de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Medicamentos	f	%
Metformina	48	60.0
Glibenclamida	9	11.3
Metformina/Glibenclamida	20	25.0
Metformina e insulina	1	1.3
Sin medicamentos	2	2.5
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 9 se observa que el 60% de los participantes utilizan metformina para su tratamiento.

Tabla 10

Medición de glucosa de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Medición de glucosa	f	%
Sí	4	5.0
No	76	95.0
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 10 se observa que el 95 % de los sujetos de investigación no miden su glucosa.

Tabla 11

Otra enfermedad que padecen los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

<i>Otra enfermedad que padecen</i>	f	%
Ninguna	43	53.8
Hipertensión	24	30.0
Obesidad	12	15.0
Dislipidemias	1	1.3
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 11 se observa que el 53.8 % de los participantes no padecen otra enfermedad, y el 30 % padecen hipertensión.

Tabla 12

Persona con la que viven los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

<i>Persona con la que vive</i>	f	%
Pareja	40	50.0
Hermanos (as)	6	7.5
Hijos	34	42.5
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 12 se observa que un 50 % de los sujetos de investigación viven con su pareja.

Tabla 13

Personas que ayudan a los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

<i>Persona que ayuda al participante</i>	f	%
Algún familiar	48	60.0
Amistades	2	2.5
Religiosos	2	2.5
Nadie	28	35.0
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 13 se observa que el 60 % de los participantes reciben apoyo de algún familiar.

Tabla 14

La persona que lo ayuda está dispuesta a conocer más sobre el padecimiento de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Disponibilidad de conocer	f	%
Sí	47	58.8
No	33	41.3
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 14 se observa que el 58.8 % de la persona que ayuda a el sujeto de investigación si está dispuesto a conocer más sobre el padecimiento.

Tabla 15

La persona que lo ayuda está dispuesta a asistir a reuniones de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Disposición a asistir a reuniones	f	%
Sí	41	51.3
No	39	48.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 15 se observa que el 51.3 % de la persona que ayuda a el sujeto de investigación si está dispuesto a asistir a reuniones y el 48.8 % no está dispuesto.

Tabla 16

Motivo por el cual no está dispuesto a asistir a reuniones de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Motivo por el cual no está dispuesto a asistir a reuniones	f	%
Trabaja	38	47.5
Vive en otro lugar	2	2.5
Si está dispuesto	40	50.0
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 16 se observa que 50 % de las personas si están dispuestas asistir a reuniones y el 47.5 % no está dispuesto porque trabaja.

Tabla 17

Asistencia a grupo de apoyo, Morelia, Michoacán, 2017

Grupo de apoyo	f	%
Grupo de apoyo mutuo	3	3.8
Grupo religioso	15	18.8

Grupo de adulto mayor	2	2.5
No	60	75.0
Total	80	100.0

Nota:

f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 17 se observa que el 75 % de los participantes no asisten a grupo de apoyo mutuo.

Tabla 18

Plan alimenticio de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Plan alimenticio	f	%
Sí	32	40
No	48	60
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 18 se observa que el 60 % de los sujetos de investigación no cuentan con plan alimenticio.

Tabla 19

Elaboración de plan alimenticio de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Elaboración de plan alimenticio	f	%
Medico	1	1.3
Nutriólogo	14	17.5
Yo o mis amigos	17	21.3
No tiene plan	48	60.0
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 19 se observa que el 60 % de los participantes no cuentan con plan alimenticio y el 21.3 % lo elaboraron ellos mismos o amigos.

Tabla 20

Situación favorable que han tenido por el plan alimenticio los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Situación favorable	f	%
Bajé de peso	5	6.3
Me siento relajado	5	6.3
Mejoraron mis hábitos	5	6.3
Control de enfermedad	15	18.8
Apoyo de enfermedad	2	2.5
No aplica	48	60.0
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 20 se observa 60 % de los participantes no tienen situación favorable y el 18.8 % lograron controlar la enfermedad.

Tabla 21

Situación desfavorable que han tenido por el plan alimenticio los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Situación favorable	f	%
No logro modificar hábitos	1	1.5
No aplica	79	98.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 21 se observa que el 98.8 %no aplica para los sujetos de investigación y el 1.5 no logro mejora sus hábitos.

Tabla 22

Apoyo psicológico a los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

apoyo psicológico	f	%
Sí	11	13.8
No	69	86.3
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 20 se observa que el 86.3 % los sujetos de investigación no cuentan con ayuda psicológica.

Tabla 23

Emociones de los participantes en relación con su diabetes, Morelia, Michoacán, 2017

Emociones	f	%
Me resisto a mi enfermedad	13	16.3
Me siento enojado (a)	18	2.5
Puedo hablar de mis emociones	6	7.
Me siento triste, estresado (a)	40	50.0
Acepto mi enfermedad	3	3.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 23 se observa que el 50% los participantes se sienten tristes o estresados.

Tabla 24

Actividad física de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Actividad física	f	%
No	49	61.3
Sí	31	38.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 24 se observa que el 61.3 % los sujetos de investigación no realizan actividad física.

Tabla 25

Tipo de actividad física de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Tipo de actividad física	f	%
Caminar	34	42.5
Ninguna	46	57.5
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 25 se observa que el 57.5 % de los participantes no cuentan con ningún tipo de actividad física y el 42.5 % de los participantes caminan.

Tabla 26

Frecuencia de actividad física de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Frecuencia de actividad física	f	%
una vez por semana	1	1.3
Dos veces por semana	16	20.2
Tres veces por semana	14	17.6

Cinco veces por semana	1	1.3
Todos los días	1	1.3
No realizan ejercicio	47	58.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 26 se observa que el 58.8 % de los sujetos de investigación no realizan ejercicio y el 20.2 % realizan ejercicio dos veces por semana.

Tabla 27

Tiempo de actividad física de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Tiempo de actividad física	f	%
1 hora	3	3.8
20 minutos	7	8.8
30 minutos	18	22.5
40 min	5	6.3
No aplica	47	58.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 27 se observa que el 58.8 % de los sujetos de investigación no cuentan con tiempo de actividad física y el 22.5 % de los sujetos de investigación realizan 30 minutos de actividad física.

Tabla 28

Cepillado dental de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Cepillado dental	f	%
0 veces por día	12	15.0
1 vez por día	50	62.5
2 veces por día	15	18.5

3 veces por día	3	3.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 28 se observa que el 62.5 % los participantes cepillan sus dientes una vez por día.

Tabla 29

Hilo dental de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Hilo dental	f	%
0 veces por día	77	96.3
1 vez por día	1	1.3
2 veces por día	2	2.5
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 29 se observa que el 96.3 % de los sujetos de investigación no utilizan hilo dental ninguna vez al día.

Tabla 30

Molestia o síntoma en boca o dientes de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Molestia o síntoma en boca o dientes	f	%
Sí	21	26.3
No	59	73.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 30 se observa que el 73.8 % de los participantes no tienen molestia o síntoma en boca o dientes.

Tabla 31

Percepción de la diabetes de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Percepción de la diabetes	f	%
Triste	47	58.8
Sorprendido	5	6.3
Enfadado	22	27.5
Alegre	3	3.8
No contesta	3	3.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 31 se observa que el 58.8% de los participantes se sienten triste

Tabla 32

Imagen corporal de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017

Imagen corporal	f	%
0	4	5.0
1	8	10.0
2	4	5.0
3	1	10.0
4	3	3.8
5	3	3.8
6	8	10.0
7	24	30.0
8	19	23.0
9	3	3.8
10	3	3.8
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 32 se observa que el 30.0 % de los participantes se identifican con la imagen corporal número 7.

Tabla 33

Autocuidado de los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Autocuidado	f	%
Bajo	1	1.3
Bueno	78	97.5
Muy bueno	1	1.3
Total	80	100.0

Nota: f=frecuencia, %= porcentaje.

La tabla 33 se observa que 97.5 % de los participantes tiene un autocuidado bueno esto se refiere que la población tiene conocimiento a la enfermedad.

Tabla 34

Conocimiento en diabetes en los participantes, Morelia, Michoacán, 2017.

Conocimiento en diabetes	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	DE
Conocimiento general	49.98	50.00	51	44.00	57.00	2.98
Dimensión control	15.00	15.00	16	11.00	20.00	1.70
Dimensión conocimiento	20.47	20.00	19	18.00	26.00	1.76
Dimensión complicaciones	14.51	15.00	14	11.00	18.00	1.74

Nota: DE= desviación estándar

En la tabla 34 se observa que la media del conocimiento general de los participantes fue de 49.98 (DE=2.98), con conocimiento general mínimo de 44 y máximo de 57, la media de la dimensión fue de 15.007 (DE=1.70), con un control mínimo de 11 y máximo de 20; la media de la dimensión de conocimiento fue de 20.47 (DE=1.76), con un conocimiento mínimo de 18.00 y máximo de 26; las complicaciones mínimas de 11 y máximas de 18.

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el nivel de autocuidado en personas con diabetes tipo 2, en esta investigación se estudiaron 80 personas con diabetes tipo 2, de las cuales la mayoría fue de género femenino, esto es semejante a lo reportado por Herrera et al (2012), pero mayor a lo encontrado por Cruz et al (2014). Aunque menor a lo descrito por et al Romero (2010) y Fernández, et al (2012) en un estudio efectuado por 66 personas.

En relación con el apoyo familiar de los participantes, un poco de la mitad de los participantes recibe apoyo de un familiar, esto fue semejante a lo encontrado por Azzollini, et al (2012).

Respecto a la escolaridad, se observó que la mayoría de los participantes tuvo primaria incompleta, y esto fue diferente a lo encontrado por Herrera, y Hernández (2012) y semejante a lo encontrado por Compean et al (2013).

Cuando se analizaron los resultados de esta investigación de acuerdo a las variables clínicas de presión arterial sistólica y diastólica se encontró que los participantes en sus dos variables clínicas tuvieron la presión arterial elevada, semejante a lo encontrado por Compean et al (2013), ya que la hipertensión es más frecuente en la población diabética que en la no diabética. Así que en los pacientes con DT2, las recomendaciones son las mismas que para la población general: disminuir la ingesta de grasa saturada de la energía total, ingesta de colesterol LDL, ya que estudios controlados han reportado que disminuir la presión arterial en los pacientes diabéticos, reduce el riesgo cardiovascular (Secretaría de Salud, 2014).

Respecto al índice de masa corporal (IMC) de los participantes se encontró que tuvieron sobrepeso y obesidad, semejante al estudio realizado por Compean et al (2013), por lo que es importante implementar medidas enfocadas en programas educativos que combinen ejercicio físico con asesoramiento dietético, reducción de la ingesta de grasa en pacientes con índice de masa corporal

elevado y se debe recomendar una dieta baja en hidratos de carbono (Guía de práctica clínica, 2014).

Respecto a la circunferencia de cintura de los participantes se encontró que fue similar a lo establecido, coincidiendo con Compean et al (2013), lo que indica que los participantes deben ser capacitados e informados sobre las complicaciones de la diabetes, así como recomendar actividad física moderada por lo menos cinco días a la semana y técnicas de modificación de conducta, mantenimiento de cambio conductual y reducción moderada de peso. El riesgo de desarrollar enfermedades crónicas es alto, se recomienda bajar de peso corporal, cambiar malos hábitos alimenticios, eliminar grasas y azúcares refinados, además de realizar algún tipo de actividad física durante 60 minutos diarios (secretaría de salud, 2014).

En relación a la actividad física de los participantes no la realizaron de manera planificada para favorecer su salud, aunque mejora el control de la glucemia, ayuda a mantener el peso y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, el 61.3% de los participantes no realiza actividad física, esto es menos a lo descrito por Fernández et al (2012) y semejante a lo encontrado et por Vargas (2012).

Respecto al tratamiento farmacológico se encontró que un poco más de la mitad de los pacientes utilizaban para su tratamiento metformina similar a lo encontrado por Cruz, Gallardo (2010).

Respecto a la edad se encontró que la media de edad se ubicó en la etapa de adultez y esto fue diferente a lo encontrado por Romero et al (2010), y esto fue semejante a lo encontrado por Fernández et al (2012), y esto fue diferente a lo encontrado por Vargas et al (2010).

En relación a la capacidad de autocuidado se encontró que los hombres presentan un autocuidado bueno, mientras que las mujeres tenían un autocuidado regular, esto es diferente a lo encontrado por Romero et al (2010), y semejante a lo encontrado por Cruz et al (2014).

En la variable clínica de glucosa, los participantes de este estudio tuvieron un menor control en los niveles de glucosa y fue diferente respecto a lo encontrado por Jiménez et al (2012), por lo que es importante que el paciente diabético lleve el estricto control de la glucemia, ya que esto se asocia con reducción en la incidencia de complicaciones micro y macro vasculares, las dietas basadas en alimentos con bajo índice glucémico muestran una tendencia favorable en el control de la glucosa (Guía de práctica clínica, 2014).

Respecto al tratamiento de los participantes se encontró que la mayoría utiliza tratamiento oral (Metformina) semejante a lo establecido por Vargas et al (2012).

En relación al plan alimenticio de los participantes se encontró que más de la mitad no cuentan con un plan alimenticio, por lo que es importante que el paciente con DMT2 lleve una buena alimentación para así evitar problemas de obesidad y cardiovasculares (Guía de práctica Clínica de Diabetes,2008).

Respecto al cepillado dental de los participantes se encontró que la mayoría no cepillan sus dientes, diferente a lo encontrado por Vargas et al (2012).

En cuanto a la variable de estudio, que fue autocuidado, se encontró que los participantes obtuvieron un puntaje bueno respecto a las dimensiones del instrumento, lo que no coincide con los resultados del estudio realizado por Cruz et al. (20011), ya que el estudio mostró que el paciente no se preocupa por las repercusiones de la enfermedad en la vida diaria pero si tienen el conocimiento de la enfermedad. Por lo que se debe dar un mayor enfoque en el aspecto autocuidado del paciente diabético y debe ser parte importante del manejo. Debe investigarse depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios, trastornos cognitivos y considerar valoración especializada. Se recomienda la enseñanza y el apoyo al paciente con mayor frecuencia, como un proceso continuo y sistemático (Secretaría de salud, 2014).

En la variable clínica de colesterol y triglicéridos se encontró que los participantes de este estudio tuvieron niveles altos de colesterol y triglicéridos

similar a lo encontrado por Fernandez et al (2014) y Compean et al (2013), se recomienda a las personas con diabetes evitar el consumo de bebidas endulzadas con azúcar y de edulcorantes calóricos, incluidos los de jarabe de maíz de alta fructosa y sacarosa, para evitar el aumento de peso riesgo cardiometabolico (Guía de práctica clínica, 2014).

En cuanto a la dimensión de autocuidado de las personas, el instrumento EECAC permite identificar el nivel de autocuidado que tienen sobre la enfermedad y en este estudio los participantes obtuvieron puntuaciones altas al puntaje total, lo que muestra que tienen un nivel de autocuidado bueno. Esto fue semejante a Compean et (2013) y diferente a lo obtenido por Romero et (2010), y semejante a lo encontrado por Cruz et al (2014). Es decir, el paciente necesita tener mayor información, orientación para el manejo de su enfermedad, por lo que se considera que el personal de salud debe proporcionar mayor orientación y responsabilidad en el control de sus enfermedades.

Conclusiones

La experiencia aprendida de esta investigación fue conocer el nivel de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2, se estudiaron 80 pacientes con diabetes tipo 2.

La mayoría de los participantes encuestados fueron de sexo femenino, no tienen educación primaria, se dedican labores del hogar y/o son obreros y tienen un tiempo de diagnóstico de la enfermedad mayor a 2 años.

En relación con la variable a la capacidad de autocuidado, la mejor puntuada fue que se encontró que tienen un autocuidado bueno. Por otra parte, la dimensión con peor puntuación fue la dimensión de actividad física.

En cuanto al control metabólico de la población se encontró que no tienen un buen control metabólico de colesterol, triglicéridos y observando cifras elevadas en más de la mitad de los participantes; respecto a la glucosa, se encontró que no tienen un buen control.

Los participantes de esta investigación consideran que si tienen la motivación de llevar una dieta o un estilo vida saludable pero su estabilidad económica se lo permite y consideran que la actividad física no es de gran importancia.

Sugerencias

A partir de los resultados obtenidos en esta población se sugiere lo siguiente.

Para las personas con diabetes tipo 2.

1. Asistir a sus citas con el médico y preguntar las dudas que tenga de su enfermedad.
2. Participar en los talleres y grupos de ayuda que realice el personal de salud acerca del autocuidado en personas diabéticas.
3. Examinar los pies todos los días para ver si tienen cortes, ampollas, manchas rojas o inflamación. Llame de inmediato a su médico si tiene alguna llaga que no cicatriza.
4. Llevar una vida activa porque favorece el control de la diabetes y otras enfermedades como la presión arterial alta, además de ser de utilidad para el mejoramiento de la salud en general.
5. Llevar un registro de su nivel de azúcar en la sangre para tener un control de la enfermedad.
6. Evitar los alimentos con alto contenido en hidratos de carbono, sobre todo si son azúcares de absorción rápida azúcar, pasteles y bollería, cremas pasteleras, mermeladas, tartas, helados.
7. Realizar ejercicios físicos, los ejercicios más recomendables para los pacientes diabéticos son caminar, trote suave, bailar, nadar, montar en bicicleta.

Para los prestadores de servicio social de Enfermería.

1. A los pasantes de enfermería además de participar y llevar a cabo las actividades de la enfermera encargada del servicio les sugiero que tomen toda la iniciativa, en todas y cada una de las actividades de enfermería

aunado en la participación de cada una de las actividades de prevención y promoción de la salud.

2. Acudir a sesiones y actualizaciones sobre diabetes mellitus.
3. Ofrecer educación continua a las personas con diabetes, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución.
4. Desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la diabetes y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad.
5. Se sugiere que se realicen visitas domiciliarias mensualmente a las pacientes y valorar su estado de salud, así como su mejoría y su bienestar.

Para la institución de la salud.

1. Las instituciones de Salud deben unificar esfuerzos para implementar estrategias efectivas que incrementen los conocimientos, mejoren las actitudes, conocimientos y promuevan las prácticas adecuadas sobre la prevención de diabetes, pero sobre todo tener un enfoque en la promoción y educación de hábitos saludables a la población en general.
2. Crear grupos de pacientes diabéticos que permitan compartir experiencias de los pacientes con un buen autocuidado y los nuevos pacientes con la enfermedad.
3. Capacitar al personal de salud sobre estrategias educativas en dichos pacientes, para brindar consejería oportuna a los pacientes.
4. Promover campañas permanentes en la prevención de diabetes y de igual manera brindar información para el autocuidado en pacientes que padecen dicha enfermedad.

Para la Facultad de Enfermería.

1. Fomentar las investigaciones en esta área, proponiendo un mayor nivel de profundidad de conocimientos acerca de diabetes, para poder hacer propuestas educativas intervencionistas.
2. Acudir a sesiones de actualización de diabetes mellitus tipo 2.
3. Enfocar a los alumnos a programas de primer nivel de atención en salud.

Referencias bibliográficas

- Cruz, P., Vizcarra, I., Kaufer, M., Benítez, A.D., Misra, M., y Valdés, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes tipo 2 en el Estado de México. Papeles de población, 20, 119-144.
- Fernández, A., Abdala, T.A., Alvara, E.P., Tenorio, G.L., López, E., Cruz, S., Dávila, R., González, A. (2012). Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Rev. Esp Med Quir, 17, 94-99.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf>.
- Compean, L.G., Quintero, L.M., Pérez, B.A., Reséndiz, E., Salazar, B.C., González, J.G. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem en el chia, Colombia, 3, 347-362 <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a04.pdf>.
- Gallardo, U.J., Puentes, I.C., Villalón, D.L., Alonso, A., Figueredo, D.M., Almeida, L. (2010). Percepción de riesgos en pacientes con diabetes mellitus durante el autocuidado en los pies en la Revista cubana de angiología y cirugía vascular, 11, 66-75. http://bvs.sld.cu/revistas/ang/vol11_01_10/ang08110.htm
- Vargas, M.L., Rodríguez, C., Amador, R., Oviedo, A.M., García, F.J., Mendieta, A. (2012). Estudio comparativo en dos grupos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el instituto de salud del estado de México en la waxapa, 6, <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126g.pdf>
- Herrera, A., Andrade, Y.R., Hernández, O., Manrique, J.P., Faria, K.L., Machado, M. (2012). Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado en el Av.enferm , 2, 39-46. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Jiménez, A., Aguilar, C.A., Rojas, R., Hernández, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control en salud pública de México, 55, 137-143. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a10.pdf>
- Navarro, I.M., Guilabert, M., Carillo, I., Nebot, C., Mira, J.J. (2016). ¿Cómo Perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? en san Luis valencia, 39, 133-138. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v39n1/15_original_breve6.pdf
- Azzollini, S., Pupko, B., Vidal, V., Victoria, A. (2012). El apoyo social y el autocuidado en diabetes tipo 2 en Buenos Aires, 2, 109-113. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v19n1/v19n1a10.pdf>.

- Romero., Dos Santos, M.A., Martins, T.A., Zanetti., M.L. (2010). Autocuidado de personas con diabetes Mellitus atendidas en servicio de Urgencias en México. Rev. Latino- Am. Enfermagem, 18, 6-9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf.
- Federación Internacional de Diabetes. FID (2015). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>.
- Guías ALAD de diagnóstico, control, y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (2006). Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guias_ALAD_2009.pdf
- Guía de Práctica Clínica, tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. (2014). Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/718_GPC_Tratamiento_de_diabetes_mellitus_tipo_2_/718GRR.pdf
- Norma Oficial Mexicana 015, (2010). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Instituto Nacional De Estadística y Geografía. (2015). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Asociación Americana de Diabetes. ADA (2016). Lo básico sobre la diabetes tipo 2. Recuperado de <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/lo-basico-sobre-la-diabetes-tipo2.html?referrer=http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/>.
- Diagnóstico de salud. (2012). Secretaría de Salud de Michoacán.
- Encuesta Nacional de salud y Nutrición. ENSANUT (2012).
- Federación Internacional de Diabetes. FID (2015). Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>.
- Atlas de Diabetes de la FID. (2015). Recuperado de <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/95/avance-nuevo-atlas-de-la-diabetes-de-la-fid-7-edicion--actualizacion-de-2015>
- Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.

La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. (1994). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>.

Déficit de autocuidado de Dorothea Orem. (1991)

Programa Nacional de Salud (2007-2012). Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas Nacionales Salud-Mexico 2007-2012.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf)

Organización Mundial de la Salud, el autocuidado (2008). Recuperado de <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>

Guía de Autocuidado en Diabetes (2010). Recuperado de <http://132.247.8.18/imagenes/CAIPaDi/Guia%20autocuidado%20diabetes%20smne.pdf>.

VII. Anexos

Anexo 1

Instrumento Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC)

1. Total, de desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Acuerdo
4. Total, acuerdo

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

19.Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.				
20.Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.				
21.Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.				
22.Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo misma (o).				
23.Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.				
24.Aun con limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

VIII. Apéndices

Apéndice 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Puntaje/ categorías
Autocuidado	El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan de manera voluntaria e intencionada en favor de su propio beneficio para la conservación de su vida, salud y bienestar	Mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes; preservación de equilibrio entre actividad y reposo; mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social; prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal; promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.	<p>Mantenimiento de un consumo de alimentos suficientes.</p> <p>Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.</p> <p>Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.</p> <p>Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.</p>	<p>Cada pregunta se evalúa de 1 al 96, donde del 1 a 24 se considera capacidad de autocuidado muy bajo.</p> <p>De 25 a 48 capacidad de autocuidado bajo.</p> <p>De 49 a 72 capacidad de autocuidado bueno.</p> <p>De 73 a 96 muy buena capacidad de autocuidado.</p>

Diabetes tipo 2	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), la diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina.	La diabetes es una enfermedad caracterizada por elevación de los niveles plasmáticos de glucosa.	Rangos de la diabetes En ayunas menor de 100 mg/dl. 2hrs post carga menor de 140 mg/dl	
-----------------	--	--	--	--

Apéndice 2



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

Al firmar este documento, Yo _____, acepto participar en la investigación” Nivel de autocuidado en personas con diabetes tipo 2”, esta investigación estará a cargo de Tania García Rodríguez, pasante de la Facultad de Enfermería y será supervisada por la Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recendiz.

Explicación del proyecto.

Este es un proyecto de investigación que realizará una pasante de la Licenciatura en Enfermería Tania García Rodríguez como parte de una investigación en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en Facultad de Enfermería para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Para que usted pueda decidir si decide participar en este proyecto necesita que se le dé información sobre el propósito del estudio, los beneficios para su salud, cuáles son los riesgos que existen por participar y lo que solicitaremos que haga si acepta la invitación a participar. Todo este proceso se llama “consentimiento informado” y es el siguiente formulario en el que se le explicará toda la información sobre el estudio para que usted pueda, después de leerlo y comentarlo con algún familiar si así lo desea, decidir libremente y sin presiones si acepta participar. Si usted y su familiar aceptan, se le pedirá que firme esta hoja y se le entregará una copia para que usted la conserve. Si usted nos dice que desea un día o dos para decidir, regresaremos después para conocer su decisión.

Propósito del estudio. Como enfermeros y profesionales de la salud estamos interesados en saber qué nivel de autocuidado tiene las personas con diabetes tipo 2.

Descripción del estudio y procedimiento. Si Usted acepta participar en este estudio le pediré que firme esta hoja llamada “Consentimiento informado” y que permita que A SU Servidor (A) PLESS Tania García Rodríguez le aplique un cuestionario.

- Cuestionario. Se le proporcionará un cuestionario de 25 preguntas las cuales tendrá un tiempo de 30 minutos para contestar.

Costo por participar. Si usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago.

Confidencialidad. La información que usted nos dé en los cuestionarios y los datos de los procedimientos que se le harán, no será conocida por nadie más que las personas que participen en el estudio y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente.

Retractación. Usted puede dejar de participar en el momento que así lo decida. Igualmente le recuerdo que este consentimiento podrá ser invalidado en el momento que así lo considere.

Preguntas. Si usted tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con la, responsable del estudio PLESS Tania García Rodríguez a los siguientes teléfonos: 4431209353 al correo electrónico: gart.92@hotmail.com o con mi asesora la Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recendiz , Tel:

Firma del Consentimiento Informado

Si Usted está de acuerdo en participar, por favor firme en la línea y recuerde que, aunque haya firmado este documento, Usted puede abandonar el estudio en el momento que así lo decida.

Nombre y Firma del Participante
Investigador

Nombre y Firma del

Nombre y Firma Testigo 1

Nombre y Firma Testigo2

Morelia, Michoacán

2017



Apéndice 3

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
Facultad de Enfermería
Nivel de Autocuidado en personas con diabetes tipo 2
Cédula de recolección de datos

Parte 1.

Peso_____kg Talla_____cm IMC_____

Circunferencia de cintura_____cm

Presión arterial sistólica_____mm/Hg

Presión arterial diastólica_____mm/Hg

Glucosa_____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 Género Hombre____ Mujer____

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? 1. Reciente diagnóstico____, 2. Menos de un año____, 3. De 1 a 5 años____, 4. De 5 a 10 años____, 5. 10 años o más____

c) Datos de redes de apoyo

¿Con quién vive? 1. Pareja____, 2. Hermanos (as)____, 3. Hijos (as)____, 4. Padre o madre____, 5. Nadie____

¿Quién le ayuda en relación a su diabetes? 1. Algún familiar____, 2. Amistades____, 3. Religiosos____, 4. Nadie____

¿La persona que lo ayuda estaría dispuesta a conocer más sobre su padecimiento?

1. Sí____ 2. No____

Si contestó que sí, ¿acudiría a reuniones de capacitación? Sí____, No____

Si contestó que no, ¿Por qué? 1. Trabaja____, 2. Vive en otro lugar____

¿Participa en algún grupo de apoyo a su diabetes?

1. Grupo de Apoyo Mutuo____ 2. Grupo religioso____, 3. Grupo político____ 4. Grupo de adulto mayor____, 5. No____

d) Datos sobre alimentación

¿Cuenta con un plan alimenticio?

1. Sí____ 2. No____

Si contestó que sí, ¿quién lo elaboró? 1. Médico____ 2. Nutriólogo____,

3. Enfermera____ 4. Yo mismo o amigos____

Si cuenta con un plan alimenticio,

1. marque solamente una situación favorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. Bajé de peso____, 2. Me siento relajado____, 3. Mejoraron mis hábitos____, 4. Control de enfermedad____, 5. Apoyo familiar____

2. marque solamente una situación desfavorable que ha tenido por su plan alimenticio

1. No hay nutriólogo____, 2. No como a mis horas____, 3. Es costoso____,

4. Es fastidioso____, 5. Comer lo que comen todos____, 6. No logro bajar de peso____, 7. No logro modificar hábitos____

e) Psicología

¿Ha recibido apoyo o tratamiento psicológico?

1. Sí ____ 2. No ____

¿Cómo ha manejado sus emociones en relación con su diabetes?

1. Me resisto a mi enfermedad o tratamiento (negación)
2. Me siento enojado (a) cuando me piden que cambie alguna conducta
3. Puedo hablar de mis emociones y negociar mi tratamiento
4. Me siento triste, estresado (a) todo el tiempo
5. Acepto mi enfermedad y estoy dispuesto a seguir mi tratamiento

f) Actividad física

¿Realiza algún tipo de actividad física?

1. No ____

2. Sí ____ ¿Qué tipo de actividad física? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Cuánto tiempo? _____

g) Salud bucal

Hábitos de salud bucal

1. Cepillado dental ____

2. Hilo dental ____

3. Otro

(Anotar la frecuencia de las tres opciones anteriores: 0) Ninguna, 1) Una vez al día, 2) Dos veces al día, 3) Tres veces al día, 4) Más de tres veces)

¿Tiene alguna molestia o síntoma en su boca o dientes?

1. Sí ____ 2. No ____

